

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL**

NICÉIA MARIA MALHEIROS CASTELO BRANCO

**NARRATIVAS DOS USUÁRIOS DE UM CAPS AD: A DIMENSÃO
SOCIOCULTURAL E OS MODOS DE SUBJETIVAÇÃO FRENTE À POLÍTICA DE
“GUERRA ÀS DROGAS”**

**VITÓRIA
2017**

NICÉIA MARIA MALHEIROS CASTELO BRANCO

**NARRATIVAS DOS USUÁRIOS DE UM CAPS AD: A DIMENSÃO
SOCIOCULTURAL E OS MODOS DE SUBJETIVAÇÃO FRENTE À POLÍTICA DE
“GUERRA ÀS DROGAS”**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Psicologia
Institucional, da Universidade Federal do
Espírito Santo como requisito para a
obtenção do Grau de Mestre no curso de
Mestrado em Psicologia Institucional
Orientadora: Professora Dr^a Adriana Leão

**VITÓRIA
2017**

NICÉIA MARIA MALHEIROS CASTELO BRANCO

**NARRATIVAS DOS USUÁRIOS DE UM CAPS AD: A DIMENSÃO
SOCIOCULTURAL E OS MODOS DE SUBJETIVAÇÃO FRENTE À POLÍTICA DE
“GUERRA ÀS DROGAS”**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Psicologia
Institucional, da Universidade Federal do
Espírito Santo como requisito para a
obtenção do Grau de Mestre no curso de
Mestrado em Psicologia Institucional
Orientadora: Professora Dr^a Adriana Leão

Vitória, ____ de ____ 2017

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr^a. Adriana Leão
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Prof. Dr^a. Leila Domingues Machado
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr. Pedro Paulo G. de Bicalho
Universidade Federal do Rio de Janeiro

À Maria Eduarda , Wallace, Caio, Thierry ,
Cristian e todas as crianças e jovens que
foram vítimas desta cruel e insana
“Guerra às Drogas”.

AGRADECIMENTOS

Minha eterna gratidão ao mestre e amigo Lancetti (in memoriam) pelo privilégio das trocas e aprendizados nos encontros de supervisão no CAPS da Ilha por cinco anos. Esses encontros sempre atravessados com muita potência numa admiração mútua. Seus livros e suas palavras nesta dissertação traduzem um pouco da sua grande importância do meu percurso de vida pessoal e profissional. Lancetii presente!

A minha amiga-irmã Andrea Romanholi. Meu encontro com ela há quase vinte anos no trabalho no CAPS da Ilha de Santa Maria foi um marco divisor na minha vida. Nas concepções do trabalho como obra de arte, esse se faz possível e instigante quando encontramos pessoas que embarcam com você neste percurso inventivo. Parceira de lutas, dos momentos difíceis, das celebrações e das apostas na vida!

Às pessoas usuárias do CAPS AdIII de Vitória pela generosidade e disponibilidade neste feliz encontro que possibilitou a realização deste trabalho.

A toda equipe do CAPS AD, em particular à diretora Anelise Gorza, pela acolhida e receptividade em abrir as portas para a realização da minha pesquisa.

Aos meus amigos da luta antimanicomial que me fortalecem a cada dia em permanecer na luta. Sonho que se sonha junto!

A minha orientadora Adriana Leão pelas trocas e afetos na construção deste trabalho e que foram fundamentais no meu percurso quase iniciante da pesquisa científica. Este momento é nosso!

A Karine dos Santos Pimentel, aluna de iniciação científica do curso de Terapia Ocupacional, grande parceira nos encontros realizados com as pessoas do CAPS AD. Gratidão!

A Cristina Lavrador pelo incentivo e força na realização deste meu sonho de muitos anos que hoje se torna realidade. Obrigada por não ter me deixado desistir!

A Alexandra Iglesias e Rafaela Amorim pelo incentivo e força!

A Sandra Sol, amiga-irmã que sempre me apoiou e incentivou, me ouviu neste meu percurso e a toda equipe da ETSUS, em particular minha ex- diretora, Regina Diniz que me deram condições para a realização deste trabalho.

Ao Programa do PPGPSI, incluindo todos os professores, Sônia e Silvia, meus colegas da turma 09, que me acolheram nesta jornada e na realização deste sonho.

A toda minha família. Começando por meus pais, Daniel e Itárica (in memoriam) e meus irmãos. Agradeço pelos ensinamentos fincados na base do respeito, responsabilidade, cuidado com as pessoas, sentimento de justiça e ética muito fortes. Minha mãe, Itárica, minha referência em tudo na minha vida. Minha filósofa preferida! Suas palavras quando via uma luzinha perdida no meio da noite pela estrada, falava: “Todo lugar tem vida”, ressoam nas minhas apostas nas possibilidades de cuidado em situações mais adversas da vida de algumas pessoas. Tio Samuel, que embora tenhamos trilhado percursos teóricos diferentes e até divergentes, é minha referência no caminho dos livros e na busca incessante de “respostas” a indagações. Devo a ele a leitura do Alienista e de tantas outras obras de Machado de Assis, quando deixou parte de sua mudança, incluindo seus livros, em nossa casa em Castelo, para estudar na França . À família que construí junto com Tião, coroada com minhas crias Pedro e Paula e Aline (nora). Meu Norte, Sul, Leste e Oeste, meu Porto Seguro. Muito orgulho e gratidão por todo apoio e compreensão neste percurso e de tantos outros que virão.

O desejo é revolucionário, porque sempre quer mais conexões, mais agenciamentos. (Deleuze, Dialogue)

RESUMO

A Política de “Guerra às Drogas” disseminou a ideia de um mundo livre das drogas, que são essas a causa de todos os males da sociedade e que as notícias veiculadas na mídia, sob o título da “Epidemia do crack”, materializadas no espaço urbano com as famosas cracolândias têm disseminado no imaginário cultural a ideia do louco/usuário de drogas com ideia de violência e criminalidade. O que disparou este estudo foi nossa inquietação quanto à importância da Dimensão Sociocultural da Reforma Psiquiátrica, que consiste em intervir na questão cultural na sociedade, mas que não tem se mostrado muito efetiva na complexidade que envolve a droga e os usuários de drogas. Buscamos entender quais e como os atravessamentos desta “Guerra às Drogas”, materializada pelo Paradigma da Abstinência, interferem no cuidado na perspectiva do Paradigma da Redução de Danos e da Atenção Psicossocial, cujos princípios ancoram a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Nossa intenção foi ouvir como os diretamente envolvidos por esta questão, usuários e usuárias atendidos em um CAPS AD, são afetados pelos discursos, práticas e os efeitos nos seus modos de subjetivação e nas alternativas de cuidado a que esses recorrem. Utilizamos a pesquisa-intervenção, pois entendemos que o pesquisador que concebe as experiências humanas como singulares e que tem compromisso ético-político e estético com a realidade com a qual trabalha, este é um caminho importante para que possamos efetivamente produzir conhecimento em defesa da vida e cidadania dos sujeitos. Realizamos cinco encontros semanais, utilizando a metodologia da entrevista coletiva, com um grupo de 18 participantes, sendo 13 homens e cinco mulheres. Em função do que emergiu nas narrativas e das nossas inquietações, agrupamos as discussões em cinco tópicos: drogas; olhares e ideias sobre pessoas que usam drogas; como pensam o cuidado; a questão religiosa; os sonhos, os desejos e as utopias. Neste percurso, com a escuta a esses usuários e usuárias, apontamos pistas para que possamos intervir na dimensão sociocultural e avançar no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Palavras-chave: Guerra às drogas. Dimensão Sociocultural. Redução de Danos.

ABSTRACT

The "War on Drugs" Policy has spread the idea of a drug-free world, which is the cause of all the ills of society. The news in the media, under the title "Crack Epidemy", materialized in urban spaces with the famous Cracolândias, have disseminated in the cultural imaginary the idea of the crazy/drug user with idea of violence and criminality. What triggered this study was our concern about the importance of the Sociocultural Dimension of Psychiatric Reform, which consists to intervene in the cultural issue in society, but it has not been very effective in the complexity involving drugs and drug users. We seek to understand what and how the crossings of this "War on Drugs", materialized by the Abstinence Paradigm, interfere in the care under the perspective of the Harm Reduction Paradigm and Psychosocial Care, whose principles are based on the National Policy on Mental Health, Alcohol and Other Drugs. Our intention was to listen how those directly involved in this issue, users and users attended in a CAPS AD, are affected by the speeches, practices and effects in their modes of subjectivation and in the alternatives of care that they resort to. We use intervention research, since we understand that the researcher who conceives human experiences as unique and who has an ethical-political and aesthetic commitment to the reality on which she works, makes this an important way for us to effectively produce knowledge in defense of life and citizenship of the individuals. We conducted five weekly meetings, using the methodology of the press conference, with a group of 18 participants, 13 men and 5 women. Based on what emerged in the narratives and our concerns, we grouped the discussions into five topics: drugs; perspective and ideas about people who use drugs; what they think of care; the religious question and the dreams, the desires and the utopias think. In this course, listening to these users, we point out clues so that we can intervene in the sociocultural dimension and advance in the process of the Brazilian Psychiatric Reform.

Keywords: War on Drugs. Sociocultural dimension. Harm Reduction.

LISTA DE SIGLAS

AA - Alcoólicos Anônimos

ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria

ACARD - Associação Capixaba de Redutores de Danos

CT - Comunidades Terapêuticas

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil

CATIJ - Casa de Acolhimento Transitório Infanto-Juvenil

CETAD/UFBA - Centro de Estudos e Terapia de Abuso de Drogas da Universidade Federal da Bahia

CEPAD - Centro de Estudos e Pesquisa sobre Álcool e outras Drogas

CFM – Conselho Federal de Medicina

CPTT - Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos

CR - Consultório na Rua

EUA - Estados Unidos da América

ESF - Estratégia da Saúde da Família

ETSUS - Escola Técnica do SUS

NA - Narcóticos Anônimos

SM - Saúde Mental

MS - Ministério da Saúde

DST/AIDS - Doenças Sexualmente Transmissíveis/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

PEAD - Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e à Prevenção em Álcool e outras Drogas

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RD - Redução de Danos

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SUS - Sistema Único de Saúde

SENAD - Secretaria Nacional sobre Drogas

SEMUS - Secretaria Municipal de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1. INTRODUÇÃO	20
1.1. A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE DROGAS E SEUS ATRAVESSAMENTOS NO CAMPO DO CUIDADO.....	20
1.2. DA POLÍTICA DE GUERRA ÀS DROGAS À POLÍTICA SOBRE DROGAS	20
1.3. O PARADIGMA DA ABSTINÊNCIA X PARADIGMA DA REDUÇÃO DE DANOS.....	27
Paradigma da Abstinência	28
Paradigma da Redução de Danos	32
1.4. AS LUTAS E TENSIONAMENTOS DOS CAMPOS CONTROVERSOS DO CUIDADO E SEUS EFEITOS SOBRE OS SUJEITOS.....	38
2. OBJETIVOS.....	47
2.1. OBJETIVOS GERAIS.....	47
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	47
3. METODOLOGIA OU TRILHAS PERCORRIDAS	48
3.1. REFERENCIAL TEÓRICO-NORTEADOR.....	48
Reflexões sobre cultura, imaginário e papel da mídia nos modos de subjetivação frente à “guerra às drogas”	51
3.2. TRILHAS METODOLÓGICAS	57
Pesquisa-Intervenção e a colheita de dados – a entrevista coletiva como proposta.....	57
Campo da pesquisa	63
Participantes do grupo	67
Procedimentos éticos em pesquisa	67
Pelos caminhos das narrativas como forma de análise de dados	68
Os Encontros.....	69
4. NARRATIVAS DOS USUÁRIOS – OS SUJEITOS/PROTAGONISTAS DA NOSSA PESQUISA	73
5. RESULTADOS, ANÁLISES E REFLEXÕES	79

5.1. AS DROGAS.....	80
Drogas ilícitas x drogas ilícitas.....	88
O que pensam sobre a questão da legalização das drogas.....	92
5.2. OLHARES E IDEIAS SOBRE PESSOAS QUE USAM DROGAS.....	95
Uso recreativo, abusivo ou dependente	96
Questionamentos sobre o que causa a dependência.....	99
Usuário/dependente como caso de polícia. Usuário/dependente como alguém que faz besteiras na vida. A desqualificação do usuário/dependente de drogas.	101
Usuário como criminoso/falta de caráter	108
5.3. COMO PENSAM O CUIDADO.....	113
Acolhimento	115
Abstinência.....	116
Abstinência x cuidado pautado na singularidade e direitos	116
Saúde como direito	118
O que pensam sobre a internação/ Decisão sobre suas vidas/Internação compulsória.....	118
Abstinência x Redução de Danos.....	121
5.4. A QUESTÃO RELIGIOSA E SEUS ATRAVESSAMENTOS	125
5.5. SONHOS, DESEJOS E UTOPIAS- AS TRILHAS PARA A CONSTRUÇÃO DE PTS.....	129
Ficar livre das drogas	131
Historias, lembranças.....	132
Família.....	133
Trabalho	135
Autoestima e cuidado de si.....	137
6. OS ENCONTROS E SUAS POSSIBILIDADES.....	142
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS OU PISTAS.....	148
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	155
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE CRENÇAS	165
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	166
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	171

ANEXO B – CARTA DE APRESENTAÇÃO.....	175
---	------------

APRESENTAÇÃO

O interesse em pesquisar este tema é fruto de muitas inquietações e angústias vivenciadas nestes últimos anos, devido à minha trajetória pessoal e profissional no campo da saúde mental. Minha vivência inicial com a loucura e com aqueles que faziam uso abusivo ou dependente de drogas se deu no trabalho como assistente social na Companhia Siderúrgica de Tubarão, localizada no município de Serra, no Espírito Santo (1984/1990).

O serviço social da empresa prestava acompanhamento social aos seus empregados “loucos” e usuários de drogas que necessitavam de tratamento. Aos empregados “loucos”, as alternativas de cuidado oferecidas eram, inicialmente, as internações na Clínica Santa Angélica e no Hospital Adauto Botelho. Mais tarde, por considerar precárias as alternativas no estado, o Setor de Serviço Social, ligada à Gerência de Assistência ao Pessoal (em que eu trabalhava), foi buscar outras possibilidades fora do estado do Espírito Santo, o que resultou no estabelecimento de convênios com algumas clínicas particulares.

No que se refere ao cuidado com os usuários de álcool e drogas, considerando que a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial só passaram a lidar com este tema bem recentemente, talvez se possa dizer que as empresas foram “pioneiras” em buscar projetos, ações e até em definir uma “política” de atenção para os trabalhadores que apresentavam problemas nessa área. Todavia, as empresas buscaram respostas e fundamentos sempre ligados a abordagens que visavam à abstinência como resultado. Podemos citar, em particular, a empresa Johnson Johnson, que estabeleceu convênios com clínicas que adotavam modelos de Comunidades Terapêuticas, dos Alcoólicos Anônimos e dos Narcóticos Anônimos. Pelos seus programas, as empresas enviavam seus empregados para tratamentos nessas clínicas – no caso da CST, as clínicas conveniadas eram a Vila Serena (RJ) e o Instituto Assistencial Bezerra de Menezes (SP), nas quais o tratamento se dava a partir da internação por tempo que variava de trinta a sessenta dias. O tratamento era baseado na abstinência e tinha como filosofia a proposta dos “12 passos” baseada no programa dos Alcoólicos Anônimos.

Essa experiência no campo organizacional foi importante para mim, porém o divisor de águas na minha vida pessoal e profissional se deu quando ingressei no Centro de Atenção Psicossocial da Ilha de Santa Maria em outubro de 1997 já com 15 anos de formada. À época, o CAPS tinha apenas oito meses de funcionamento e já mostrava sua potência; o serviço contava com uma grande equipe, o que era possível devido à parceria com a UFES - Universidade Federal do Espírito Santo via projeto de extensão “Cada Doido com sua Mania”. Na equipe estavam profissionais e estagiários de diversas categorias profissionais da universidade e servidores públicos concursados, todos comprometidos com o Movimento da Reforma Psiquiátrica e com a luta antimanicomial.

A entrada no CAPS foi um encontro extremamente profícuo. Ali me transformei em todos os sentidos, na experiência singular com o serviço público, com pessoas altamente comprometidas e com pessoas “loucas”, que naquele espaço podiam se expressar com todas as suas possibilidades. Nesse feliz encontro, me descobri e me tornei militante da saúde mental, no Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, representado no estado do Espírito Santo pelo Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial.

Nos 15 anos de militante e profissional no CAPS, cinco deles como coordenadora do serviço, as questões da loucura eram pontos centrais para mim. O Núcleo Estadual da luta antimanicomial não era um espaço representativo dos usuários de álcool e outras drogas e, conseqüentemente, suas questões também não apareciam nesses espaços. Essa situação, todavia, não era uma característica apenas local. Ao contrário, mesma situação ocorria no Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e no movimento da Reforma Psiquiátrica como um todo, assim como na Coordenação e na Política Nacional de Saúde Mental.

Essa situação é bem recente e as mudanças que têm ocorrido na questão das drogas vêm acontecendo sem que os pensadores da Reforma se debruçassem sobre esta questão inicialmente. Desde então, numa corrida contra o tempo, a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas vem ampliando ofertas nessa área, com o aumento da implantação de serviços como os CAPS AD e criando outros completamente ousados e inovadores, na perspectiva da lógica da

Redução de Danos, como os Consultórios de Rua (agora ligados à Política Nacional de Atenção Básica e denominados 'Consultórios na Rua').

As formas de enfrentamento das questões ligadas ao campo das drogas vêm acirrando os ânimos já inflamados dos inconformados com a dimensão que a Reforma Psiquiátrica vinha alcançando com a progressiva redução de leitos hospitalares nos manicômios, muito particularmente por parte da Associação Brasileira de Psiquiatra, aliada aos grandes donos dos hospitais psiquiátricos. Recentemente, cresceu o número de fortes aliados desses setores altamente reacionários, com a entrada em campo de evangélicos com grande representação no Legislativo e donos de Comunidades Terapêuticas.

As propostas e os princípios da Atenção Psicossocial, tanto na atenção aos loucos como no campo das drogas, já estão instituídas na Política Nacional, com a Lei 10.216 (2001) – e também foram referendadas tanto na IV Conferência Nacional Intersetorial de Saúde Mental (2010) como na XIV Conferência Nacional de Saúde (2011). Apesar disso, o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial constata que o processo da reforma psiquiátrica continua em curso, enfrentando ainda fortes resistências: a questão das drogas é, hoje, o “calcanhar de Aquiles” da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Como militante e profissional, sem me dar conta, fui arrebatada por essa temática, apropriando-me dela e desconstruindo minhas ideias, influenciadas pela experiência anterior relatada acima. Como coordenadora do CAPS de Vitória/ES, vivi a experiência de participar de um espaço coletivo de gestão do município, denominado Câmara Territorial de Bento Ferreira. Esse espaço, que existia em todas as regiões da cidade, consistia em um coletivo de todos os gestores dos equipamentos públicos de cada região (diretores dos serviços de Saúde, diretores das Escolas, diretores dos serviços da Assistência Social, Esportes, etc., localizados no mesmo território) e se reuniam regularmente visando lidar com os problemas da região. Em 2011, foi definido num diagnóstico local que um dos principais problemas se referia à vulnerabilidade social de crianças e adolescentes. Após vários processos de discussão, a questão das drogas surgiu como um dos aspectos importantes ligados a essa vulnerabilidade, o que levou a uma demanda de

formação dos gestores neste tema. Participei, então, da organização da formação que aconteceu como um curso denominado “Desafios da Intersetorialidade na questão de Álcool e outras Drogas”, do qual também fui participante junto com os demais gestores.

Praticamente no mesmo período, fiz a especialização em Gerência dos Serviços de Saúde, promovida pela SEMUS/PMV, realizada pela USP-SP. Nessa especialização, desenvolvi como trabalho de conclusão de curso o projeto de intervenção “Unidade de Saúde de Família de Santo Antônio - desvendando o território: Análise, Intervenção e avaliação sobre a questão da violência, álcool e outras drogas”.

Por fim, no ano de 2013, em meio a tantos acontecimentos marcadamente reacionários ligados ao campo das drogas no cenário nacional, estadual e municipal, e também fazendo a Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial organizada pela Fiocruz (realizada no município de Vitória para os servidores da nossa rede de atenção), minha inquietação dirigiu-se à constatação de que avançamos pouco na chamada dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2007). Essa dimensão sociocultural refere-se ao processo de ações pela via da cultura, educação, arte e lazer no sentido de transformação da cultura manicomial, traduzida no preconceito e exclusão dos loucos e, mais recentemente, dos usuários de drogas.

Há, em toda sociedade – incluindo profissionais de saúde, familiares e a população em geral – crenças e valores muito equivocados na percepção dos loucos e dos usuários de drogas, associando-os à periculosidade e à criminalidade. Essas ideias são reforçadas permanentemente pela mídia, cristalizando crenças já incorporadas pela população. Outro agravante é a questão religiosa, que trata os usuários de drogas como necessitados de salvação, com forte apelo moral e religioso no enfrentamento da real situação dos usuários. Essas crenças e demandas apontam um desencontro entre os princípios da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial e o que esperam os usuários e familiares – desencontro esse que precisamos enfrentar para que realmente possamos avançar no campo da atenção psicossocial.

O objeto deste estudo foi a investigação sobre a dimensão sociocultural e os modos de subjetivação dos usuários de drogas, por entender que esta questão interfere diretamente no cuidado e na atenção psicossocial.

1. INTRODUÇÃO

1.1. A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE DROGAS E SEUS ATRAVESSAMENTOS NO CAMPO DO CUIDADO

A intenção é fazer um breve percurso da política de drogas no mundo, no Brasil e seus desdobramentos nos mais diversos campos: sócio-político, econômico, cultural, mas principalmente na questão da saúde, ligado ao campo do cuidado. Iniciaremos pela Política de Guerra às drogas, com consequente proibicionismo e as diversas consequências em todos os âmbitos da sociedade.

A partir dessa política e algumas mudanças e contradições nesta trajetória, apresentaremos os paradigmas controversos no campo do cuidado, que são os paradigmas da abstinência e o da atenção psicossocial, seus princípios, pressupostos metodológicos e serviços correspondentes.

Uma análise, reflexão e o cenário atual são fundamentais para que possamos entender a complexidade e os efeitos que isso possa produzir no imaginário sociocultural e nos modos de subjetividade das pessoas atendidas nos serviços da rede de atenção psicossocial.

1.2. DA POLÍTICA DE GUERRA ÀS DROGAS À POLÍTICA SOBRE DROGAS

O uso de drogas como fenômeno cultural problematiza a questão de que é um processo recorrente em diversas sociedades humanas e em diferentes momentos de suas histórias – ao mesmo tempo, porém, que os múltiplos modos pelos quais essa existência e esses usos são vivenciados variam histórica e culturalmente.

Estudar drogas é estudar a sociedade. O uso de drogas é um fenômeno universal, em todas as sociedades existe alteração do estado de consciência, toda sociedade lida com isso, pode lidar mais ou menos deliberadamente, pode lidar através de rituais explícitos... Isto é um fenômeno universal e quando você vai estudar drogas na sociedade moderna e contemporânea, se utiliza a droga, que grupos utilizam, como utilizam, como veem o uso da droga, como negociam o uso das drogas com outros grupos, como se dá esse grande drama do conflito permanente ligado à questão do uso e consumo de drogas (VELHO, 2005. P.129).

O uso e o consumo de drogas fazem parte da história da humanidade. Desde os primórdios da civilização, o homem recorre às drogas como forma de aliviar a sua existência. E também se registram preocupações com os excessos considerados prejudiciais – porém, sua elevação à problemática social é recente. Os Estados Unidos, mais notadamente em meados do século passado, intensificaram o proibicionismo, que teve seu ápice com o fenômeno conhecido como “Guerra às Drogas”, decretado pelo presidente Nixon, em 1971 (KARAM, 2008).

Como esse processo se intensificou? Que fatores determinaram e influenciaram a definição de que algumas drogas seriam lícitas e outras ilícitas? Vários estudiosos afirmam que boa parte daquilo que se apresenta como problema das drogas não é resultado das propriedades intrínsecas das substâncias, mas sim da política proibicionista. O proibicionismo é uma prática moral e política que defende que o Estado deve, por meio de leis próprias, proibir determinadas substâncias e reprimir seu consumo e comercialização (ESCOHOTADO, 1996). No processo histórico, constata-se que estas leis, longe de se basearem em argumentos científicos, estavam ligadas a questões econômicas, políticas e morais.

Os Estados Unidos, influenciados pelos acordos internacionais como o de Xangai (1909) e o de Haia (1912), fizeram com que surgissem suas leis domésticas no controle das drogas. As discussões e deliberações, porém, não se restringiram ao campo político e diplomático, mas, principalmente, no campo da moral e dos costumes. Diversas agremiações, como a Liga Anti-Saloon de 1893, defendiam a moralização do país: eram grupos sociais mais ou menos organizados em ligas que proliferavam nos Estados Unidos, contra a ameaça que a “imoralidade” e os “vícios” traziam para a sociedade. Defendiam o fechamento de bares, pois representavam o lugar de todos os males, sendo o álcool o principal alvo, combate que teve seu marco histórico em 1919 com a aprovação da Volstead Act, mais conhecida como Lei Seca. Uma emenda da Constituição definiu uma norma que proibia a produção, a circulação, a venda, e o consumo de álcool em todo território estadunidense. A meta era eliminar a droga como se ela jamais estivesse existido. O efeito dessa lei não foi a supressão do álcool e seus hábitos a ele associados, mas a existência de um mercado ilícito e a passagem de consumidores à condição de criminosos (RODRIGUES, 2008).

Dessa forma, percebe-se que o proibicionismo, já no seu processo inicial, revela que, em vez de banir as drogas visadas, inventou o narcotráfico. O modelo proibicionista longe de apenas atacar as substâncias também revela seu caráter higienista, segregador e criminalizador de populações marginalizadas, vinculando o uso de substâncias proibidas a grupos como: negros, à cocaína; hispânicos, à maconha; irlandeses, ao álcool e chineses, ao ópio. Para o moralismo proibicionista, o hábito de intoxicar significava a profusão do “Mal” – para as classes médicas e autoridades sanitárias, um problema de saúde pública; para a segurança pública, a proliferação de criminosos. O novo crime do tráfico e consumo de drogas foi imediatamente associado à camada de populações urbanas que representavam uma ameaça ao Estado e às classes que o controlavam: insubmissão, greve, ataques à propriedade (RODRIGUES, 2008).

Foi a partir do início do século XX, com a epidemia do ópio, que os narcóticos se tornaram alvo de preocupação por parte dos governantes mundiais. A Conferência de Xangai (1909) foi um dos primeiros esforços internacionais de combate às drogas e teve como objetivo discutir limitações ao comércio de ópio e seus derivados. Aconteceu na China, mas foi organizado por um novo aliado: os Estados Unidos, afinados com a causa do livre mercado, mas restritivos com respeito às drogas (RODRIGUES, 2008).

A partir de 1945, no âmbito da Organização das Nações Unidas, foram empreendidos todos os esforços de padronização e regulação dos psicoativos lícitos e ilícitos, tendo seu marco na Convenção Única da ONU sobre Drogas, em 1961. Contrariando as expectativas, houve um crescimento no consumo de substâncias ilícitas a partir de 1960, introduzindo a lista de drogas já conhecidas, outras como o LSD, a maconha, a mescalina, fortemente ligadas ao movimento de contracultura no Ocidente – gerando grande preocupação a esses governos devido seu caráter iconoclasta, pacifista e contestatório. Nesse contexto, Richard Nixon afirma em um dos seus discursos em 1972, que “as drogas” eram o novo inimigo número um do país. Os EUA proclamam o narcotráfico como uma questão de segurança nacional, reforçando o direito de autodefesa para proteger-se dos países produtores. A Política de Guerra às Drogas gera novos inimigos: os estrangeiros dos países

produtores, os indivíduos-párias; e os Estados-párias, coligando drogas e terrorismo (RODRIGUES, 2008).

A Guerra às Drogas vai se renovando continuamente, com psicoativos novos e antigos sendo produzidos: conseqüentemente, mais repressão e mais polícia. Além dos interesses da indústria bélica, essa guerra, que parece perdida, sustenta-se por ser uma tática potente de controle social e perseguição seletiva (RODRIGUES, 2008).

No Brasil, o processo de criminalização das drogas é marcado pelo Decreto-Lei de 4.294, promulgado em 1921, criminalizando a venda de substâncias com caráter entorpecente como a cocaína, ópio e seus derivados. Nesse decreto, já se evidenciava o caráter maléfico de determinadas substâncias e os perigos que essas ofereciam às pessoas, podendo causar doenças degenerativas e hereditárias. O decreto previa como medidas a medicalização dos viciados e a criminalização dos comerciantes: evitar a circulação destas substâncias dependia de criminalizar as pessoas que as comercializavam (MOREIRA, 2015). Quase um século depois, esses argumentos ainda são fortes na política proibicionista - vê-se que a Aliança do poder médico com a justiça fez-se quase sempre presente na questão da loucura e das drogas.

Sobre isso, vale lembrar o Pavilhão de Observação (instituição situada no Hospício Nacional de Alienados no Rio de Janeiro), que era um centro dependente da polícia e do Hospital e foi criado para responder aos anseios de maior cientificidade ao saber da psiquiatria. Funcionava como porta de entrada e triagem dos casos, quem encaminhava os supostos alienados para dentro desta instituição era a polícia. Juliano Moreira, diretor do Hospital àquela época, reclamou do aumento expressivo de alcoolistas enviados a essa instituição pela polícia, enfatizando que passada a fase de agitação, estes logo reclamavam sua saída, o que não justificava sua retenção (MOREIRA, 2015).

Igualmente interessante é o registro de Lima Barreto em suas memórias: na percepção do autor, o Pavilhão de Observação era a pior etapa para os que entravam, assim como ele, pelas mãos da polícia:

[...] de mim para mim, tenho certeza que não sou louco; mas devido ao álcool, misturado com toda a espécie de apreensões que as dificuldades da minha vida material, há seis anos me assoberbam, de quando em quando dou sinais de loucura, de delírio. (BARRETO apud MOREIRA, 2015, p.60).

Lima Barreto, em “Cemitério dos Vivos”, denuncia o horror que passava em suas internações e, principalmente, a forma como a polícia agia com os que tiveram a infelicidade de “ensandecer”, às vezes, por minutos (MOREIRA, 2015).

Cabe ressaltar que essa política de drogas que se inicia no Brasil coincide com o período em que concepções eugênicas ganham força, encontrando terreno fértil em nosso país devido à situação considerada atrasada, tendo estimulado práticas discriminatórias e racistas com supostos argumentos científicos.

Uma política proibicionista sistematizada aparece na década de 1940, no Estado Novo, quando surge a toxicomania como uma doença de notificação compulsória, para qual a internação é obrigatória em “hospitais” para psicopatas, ou estabelecimentos privados, sendo o comércio e o uso penalizados da mesma forma (BRASIL apud PETUCO, 2013).

É com a Ditadura Militar que o Brasil ingressa definitivamente no cenário internacional de combate às Drogas, fortalecendo uma sistematização em torno dos binômios dependência-tratamento e tráfico-repressão, reforçando os estereótipos do consumidor-doente e do traficante-delinquente (CARVALHO apud PETUCO, 2013).

A Lei do Direito Penal, que legislava sobre drogas, foi instituída em pleno governo ditatorial em 1976 – Lei 6368/76 – e se manteve inalterada por muitos anos. Na verdade, essa lei (e as demais que se seguirão em 2002) e a atual, de 2006, todas seguiram as regras e as diretrizes dadas pelas proibicionistas convenções internacionais de que o Brasil é signatário (KARAM, 2008). Segundo Karam (2008, p.105),

[...] essa globalizada intervenção do sistema penal sobre produtores, distribuidores e consumidores das drogas qualificadas de ilícitas se caracteriza por uma sistemática violação a princípios e normas consagrados nas declarações universais de direitos (como a Declaração Universal dos

Direitos Humanos e o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos) e nas Constituições Democráticas (aí, naturalmente incluída a Constituição Federal Brasileira), desautorizadamente negando direitos fundamentais e suas garantias.

No Brasil, a partir da década de 1980, com o fracasso do milagre econômico, vivencia-se um processo de aumento da pobreza com concentração da miséria na periferia e nas favelas. O fracasso das políticas públicas, especialmente na saúde e na educação, ganha relevância e tem-se, então, um terreno propício para o tráfico de drogas, especialmente a cocaína.

Nesse contexto, entram em choque forças democráticas: de um lado, a Constituição de 1988 (considerada Constituição Cidadã), a Reforma Sanitária (com a criação do SUS) e a Reforma Psiquiátrica – de outro lado, forças totalitárias, a entrada do neoliberalismo (com forte modelo privatista) e o desmonte dos serviços públicos. A contradição do próprio arcabouço jurídico remete, antes de tudo, à conciliação sinistra entre democracia e totalitarismo sobre o eixo das drogas (PASSOS, 2011). No enfrentamento da questão das drogas, a questão repressiva vai se firmando como hegemônica, reforçando a ideia do combate ao “Mal” e àqueles que buscavam esse mal.

Importante reafirmar que, apesar do dito no início do capítulo – que a humanidade, desde os primórdios, faz e continuará fazendo o uso dessas substâncias – não há como negar a complexidade que tal uso adquire nesse novo cenário. A tese do trinômio, de que a questão deva ser analisada pelos vértices “sujeito, substância e a ambiente” (OLIVEINSTEIN, 1988) há que ser considerada e aponta para um tipo de perspectiva de cuidado.

Para Oliveinstein (1988) a toxicomania ou a dependência de drogas não é um fenômeno isolado: é uma famosa equação do encontro com a substância, o sujeito e o ambiente. Nessa perspectiva biopsicossocial, deve-se considerar a realidade do ambiente físico e subjetivo onde o consumo acontece, o tipo de droga que é consumida (e como é consumida) e o sujeito que tem uma posição, consciente ou não, do consumo. A tríade droga-sujeito-ambiente interage continuamente, considerando o caráter dinâmico desses fatores.

A compreensão do fenômeno só é possível através de um olhar multidisciplinar. Oliveinstein (1988) já preconiza uma abordagem que, hoje, no campo da atenção psicossocial (que abordaremos mais adiante), denomina-se de clínica ampliada. Também já alertava que, diante da complexidade do problema, não se pode ter um olhar reducionista sobre o fenômeno, focado na substância, como se vê na política proibicionista, materializada nas campanhas de combate às drogas das políticas públicas.

A política proibicionista vai se consolidar num terreno adubado pelas ideias do fim do século XIX e início do século XX, com a aliança do poder médico com o saber jurídico, definindo o legal como científico e o ilegal como cientificamente ilegítimo.

O proibicionismo parece ser uma técnica interessante para as estratégias de biopolítica porque é um instrumento que, ao mesmo tempo, pode disciplinar a prática médica- intervindo em condutas profissionais e em práticas de auto-medicação ou livre intoxicação dos indivíduos pertencentes a grupos já anteriormente passíveis de vigilância ganham um acréscimo de “periculosidade” porque além dos crimes que poderiam cometer, passa a ser possível um novo crime, tão ameaçador porque é uma afronta ampla à sociedade. Um grande medo, um hediondo crime: ao mesmo tempo um problema moral, de saúde pública e de segurança pública. Com tal potencial, as técnicas de governo não poderiam descuidar do tráfico e do uso de psicoativos ilegais como vetor de biopolítica (RODRIGUES, 2008, p.98).

Em 2002, um projeto de lei visava substituir a Lei 11.343/76, mas, diante de várias impropriedades foi vetado pelo então presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva – e só em agosto de 2006 foi aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada por Lula. A nova lei sobre drogas, Lei 11.343/06, apesar de algumas modificações, mantém as diretrizes proibicionistas, conforme as diretrizes internacionais em que o Brasil é signatário. A nova lei, em seus princípios, parecia trazer algo mais progressista a essa questão quando fez a separação de usuários e traficantes, endurecendo as penas para estes e amenizando para os usuários, não criminalizando-os, mas levando-os obrigatoriamente para serem tratados. A nova lei não definiu a quantidade para diferenciar o consumo do tráfico, ponderando que seria analisado o contexto envolvendo o usuário. Além do mais, essa definição ficaria a cargo da polícia.

O que se constata é que, a partir dessa lei, houve aumento considerável dos encarceramentos de traficantes, mas comprovadamente marcadas por perfil de renda e de classe social. Um sujeito da zona sul do Rio flagrado com porte de droga seria enquadrado como usuário, mas o sujeito negro da favela, com esta mesma quantidade, seria enquadrado como traficante. Os dados mostram que o Brasil tem a quarta maior população carcerária do mundo, com 607.731 presos, sendo 35% por tráfico de drogas, segundo dados de 2014 do Infopen (Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias), do Ministério da Justiça (DOMINGUEZ, 2015). Pesquisas apontam que, desses 35% presos por tráfico de drogas, a maioria são negros e favelados (BOITEUX, 2006). O Estado se fortalece como repressivo e autoritário, passando a penalizar e criminalizar a pobreza. Para os pequenos e médios traficantes, cabe a eles, refugos humanos, a prisão ou a morte no enfrentamento com a polícia ou entre os grupos narcotraficantes.

1.3. O PARADIGMA DA ABSTINÊNCIA X PARADIGMA DA REDUÇÃO DE DANOS

Importante e necessário para falar dos “paradigmas do cuidado”, no que se refere às pessoas que tem problemas com drogas, invocarmos Foucault (1972) na História da Loucura: o Poder Disciplinador dos corpos desviantes (loucos, delinquentes, drogados) opera como meio da normalização das condutas, utilizando-se do poder médico e o criminológico.

Foucault (2006) nos ajuda a pensar e agir buscando inspiração na Grécia Antiga para propor um método do cuidado de si. Quando se refere a “história da moral” fala sobre a história dos métodos de conduta e de como os sujeitos se relacionam com o prazer. Neste percurso comportam relações que variam entre métodos que enfatizam a obediência das regras de conduta e outros que ressaltam modos de criação e apropriação das regras (história do cuidado de si).

No primeiro caso as condutas se dirigem a uma forma de obediência e sujeição que se identifica com o paradigma da abstinência imposta pela moral cristã e pelas instituições disciplinares de tratamento. “nessas condições a subjetivação se realiza, basicamente, de uma forma quase jurídica, na qual o sujeito moral se refere a uma

lei ou a um conjunto de leis, a qual ele deve se submeter, sob pena de cometer faltas que o expõe ao castigo” (FOUCAULT, 1994, apud SOUZA, 2007).

A histórica articulação entre Poder Psiquiátrico e Direito Penal se consolidou ao longo de décadas no tratamento ao usuário de drogas e exerce seu poder na contemporaneidade. É nessa relação e nesse jogo de poder que o usuário de drogas ora se vê perante o poder da criminologia, ora diante do poder da psiquiatria; ora encarcerado na prisão, ora internado no hospício (PASSOS, 2011).

Paradigma da Abstinência

A Política de Guerra às Drogas tem como eixo norteador, no que tange ao “cuidado” das pessoas que fazem uso problemático de drogas, o Paradigma da Abstinência. Na realidade, por ter como objetivo acabar com o Mal das drogas, as pessoas que fazem uso dessas substâncias são categorizadas entre criminosas e/ou doentes. O paradigma da abstinência torna-se um eixo articulador entre a justiça, a psiquiatria e a moral religiosa que, em sua articulação, definem uma política de tratamento para usuários de drogas (PASSOS, 2011).

Por este paradigma entendemos uma rede de instituições que define uma governabilidade das políticas de drogas e que se exerce de forma coercitiva na medida em que faz da abstinência a única direção de tratamento possível, submetendo o campo da saúde ao poder jurídico, psiquiátrico e religioso (PASSOS, 2011, p.157).

O paradigma da abstinência é incorporado pela sociedade como a alternativa de cuidado diante da Guerra às Drogas, hegemonicamente compartilhado pela política, pela mídia e pela sociedade em geral. Cabe ressaltar que, nesse paradigma, desconsidera-se a subjetividade e as diversas formas de uso das substâncias ilícitas. O fato de usar drogas ilícitas já faz do sujeito um possível doente, criminoso ou pecador – e, para este sujeito, as devidas penalidades previstas: ser preso, ser tachado de doente e se internar nos manicômios ou numa comunidade terapêutica.

O filme “Bicho de sete cabeças”, inspirado no livro “O Canto dos Malditos” (CARRANO, 2004) é emblemático para este paradigma: o fato de um jovem de dezessete anos ser pego com cigarro de maconha, de “matar aulas” (que pode ser

caracterizado como típico da adolescência), naquele período, foi suficiente para que este jovem fosse “sequestrado” pela família e levado para uma clínica psiquiátrica.

O paradigma da abstinência vê na substância o causador de todos os males, retirando-se a droga, os problemas terminam. Denis Petuco¹ afirma que a clínica psiquiátrica, mais até do que a comunidade terapêutica consegue ser aterrorizante para o sujeito, que não consegue se sentir com problemas. Uma das possíveis alternativas de resistência é a de submeter-se ao “tratamento” passivamente, pois assim, tem chances de sair mais cedo daquela situação. Relata ainda que muitos profissionais costumam rotular os “drogados” de manipuladores, isto quando não diagnosticam como transtornos de personalidade – o que, na sua experiência, ele vê como estratégia de sobrevivência a tanta agressão e violência.

Faz-se necessário, ainda, resgatar Basaglia, em “A Instituição Negada”, para reafirmar a violência ainda presente em determinadas instituições:

[...] coagido a um espaço onde mortificações, humilhações e arbitrariedades são a regra, o homem, seja qual for seu estado mental, se objetiva gradualmente nas leis do internamento, identificando-se com elas. Assim, sua couraça de apatia, desinteresse e insensibilidade não seria do que o seu último ato de defesa contra um mundo que primeiro o exclui e depois o aniquila: é o seu último recurso pessoal que o doente, assim como o internado opõe, para proteger-se da experiência insuportável de viver conscientemente como excluído. Mas é somente através dessa tomada de consciência de sua condição de excluído e da responsabilidade que teve a sociedade nesta exclusão que o vazio emocional em que o doente mental viveu durante anos será gradualmente substituída por uma carga de agressividade pessoal. Tal agressividade se resolverá em uma ação de aberta contestação contra a realidade, que o doente agora nega não mais devido à doença, mas porque se trata verdadeiramente de uma realidade que não ser vivida por um homem: sua liberdade será fruto de sua conquista e não um dom do mais forte (dez de 1966.p.114).

Esse paradigma aponta para um possível desencontro entre as expectativas dos familiares e dos “drogados”. As famílias se sentem culpadas, aterrorizadas diante dessa problemática, e muitos dos envolvidos nesse tratamento não conseguem se perceber com problemas com o uso abusivo das drogas. Muitos conflitos familiares podem vir, em função das brigas constantes e das cobranças e angústias desses

¹ Doutor pela UFJF/MG, professor da Escola Joaquim Venâncio da FIOCRUZ/RJ, Redutor de danos e consultor do projeto Caminhos do Cuidado em fala proferida durante Roda de Conversa: Redução de Danos na perspectiva da Educação Popular para profissionais de saúde do município de Vitória em agosto de 2015 na ETSUS/VITÓRIA/ES.

familiares. A droga passa a ter um valor central, o que pode mascarar os verdadeiros conflitos nessas famílias.

Nossa intenção não é desconsiderar que algumas pessoas fazem uso problemático de drogas, outras se tornam dependentes, e que há necessidade da oferta de cuidado e de uma rede de atenção, mas não se pode generalizar e afirmar que todos que usam drogas desencadearão uma dependência. O problema desse paradigma é que desconsidera questões da subjetividade e encontra respaldo no proibicionismo e na criminalização desses sujeitos. Outro aspecto a ser considerado é que, se o problema está nas drogas, a alternativa proposta é a retirada deste sujeito da droga e do contexto no qual ele está inserido – ou seja, da sua própria vida, que é o seu território geográfico e existencial.

As alternativas de cuidado são as clínicas psiquiátricas e as Comunidades Terapêuticas (CT). A expressão “Comunidade Terapêutica” foi cunhada pela experiência inglesa depois americana de Maxwell Jones para tratamento das patologias ligadas à guerra dos soldados ingleses. A base de tratamento era centrada em abordagens educativas, dramatizações e pautadas na convivência grupal. Por meio de assembleias, grupos, buscava modificar as estruturas rígidas dos hospitais psiquiátricos com o objetivo de transformar uma instituição fechada e iatrogênica numa instituição aberta e terapêutica.

No entanto, as Comunidades Terapêuticas na atualidade, segundo Lancetti (2015) é um conjunto de pessoas consideradas doentes e outro conjunto de pessoas consideradas terapeutas desses doentes, e em nada assemelha a sua proposta original.

Este modelo de CT voltadas exclusivamente para tratamento de toxicomanias surgiu a partir de 1960. No Brasil, as CT diferem em relação às metodologias empregadas – em algumas, prevalece o modelo religioso espiritual, em outras é atividade laboral e ainda em outras prevalece o modelo médico, assistencialista ou com abordagens psicológicas – ou numa mistura de abordagens (DAMAS, 2013). De um modo geral, no entanto, a segregação e a rotina rígida de atividades básicas, pautadas na

abstinência e no proibicionismo, lembram características da instituição total (GOFFMAN apud DAMAS, 2013).

Lancetti (2015) afirma ainda que, se a comunidade terapêutica inglesa buscava desconstruir a psiquiatria objetivando tornar terapêuticas instituições iatrogênicas, as comunidades terapêuticas atuais as reificam.

Devido à ausência de políticas públicas específicas para o cuidado da problemática do uso de drogas no campo da saúde mental até 2001 e devido à negligência inicial da Reforma Psiquiátrica, como veremos mais adiante, proliferam no país as Comunidades Terapêuticas, baseadas na “filosofia dos 12 passos”, pautadas na lógica da abstinência como sendo o primeiro passo: “Admitimos que somos impotentes perante às drogas, que perdemos o domínio sobre nossas vidas”. Um dos princípios deste programa é de que o uso problemático de drogas é, para todas as pessoas, uma doença crônica e incurável, e uma oportunidade para desenvolver a espiritualidade (TOFOLI, 2015). Nesse paradigma, o sujeito se reconhece com um drogado/um alcoólatra. Nas reuniões de Alcoólatras Anônimos (AA) ou Narcóticos Anônimos (NA), os famosos depoimentos se dão da seguinte forma: “Eu sou um dependente químico em recuperação”.

O paradigma reforça a negatividade e a falta do sujeito. Em que as apostas e as fichas são depositadas na abstinência. As recaídas, portanto, são vistas e sentidas pelos sujeitos como fracassos. Lancetti (2006), citando Bateson, afirma que não se trata de uma rendição, mas uma mudança epistemológica, fazendo com que as pessoas entendam sua vida sob outro ponto de vista – e reafirma, citando Deleuze, que os drogados não são os que usam, mas o que estão em eterna abstinência, os que nunca param de parar. Cabe ainda ressaltar que esse “modelo” funciona para muito poucos: a grande maioria não dá conta das exigências impostas por esse, tornando-se assim uma ideologia de luta contra as drogas.

Segundo Domiciano Siqueira (2013), historicamente, há três olhares sobre drogas no Brasil. O primeiro é o olhar da saúde, que vê no uso de drogas uma doença chamada dependência química e propõe como tratamento a clínica psiquiátrica. Esse olhar psiquiatrizante demonstrou que não serve nem para tratar de loucos, mas

o autor pontua que há uma tendência de se transformar o usuário de drogas no “novo louco”. O segundo é o da justiça, que vê o uso de drogas como um delito, cujo tratamento é a punição. O terceiro olhar, e mais antigo, é o das religiões: o tratamento é a conversão em que a droga é vista com um mal a ser libertado. Nessas visões, quem usa drogas ou é doente, ou é delinquente ou é um pecador. Segundo o mesmo autor, existe o quarto olhar, que é o da cidadania, vista no campo dos direitos que defende a ideia de que é possível usar drogas e cumprir com as suas responsabilidades: o mundo é diverso e precisa ser resgatado o exercício da democracia e das escolhas.

Retoma-se novamente Foucault, que neste caso se estabelece outra relação como prazer, na qual não se enfatiza as regras, mas sim sobre os modos como os sujeitos se apropriam e constituem um modo de vida singular e autêntico: as artes da existência (SOUZA, 2007). Deste ponto de vista, o que se considera são os modos como os sujeitos se apropriam dessas regras e estabelecem seus próprios códigos de atitudes e de comportamentos. Este modelo se contrapõe a Guerra às Drogas.

Paradigma da Redução de Danos

Antes de abordarmos a Redução de Danos vamos nos situar pensando o Paradigma da Atenção Psicossocial como eixo norteador da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A partir daí, vamos analisar como se deu esta aproximação, as ações disseminadas pelo Brasil até se constituir como um paradigma para o cuidado.

A Estratégia da Atenção Psicossocial é pensada como um conjunto de transformações práticas, proposições teóricas, ética e políticas, incorporadas e vivenciadas na atual Política de Saúde Mental, construída e pactuada por diversos atores sociais desde meados da década de 1980 (YASUI & ROSA, 2009).

A proposta da Atenção Psicossocial situa a Saúde Mental no campo da Saúde Coletiva, compreendendo o processo saúde-doença como resultante de processos sociais complexos e que demandam abordagem interdisciplinar, transdisciplinar e intersetorial (YASUI & ROSA, 2009).

Esse paradigma apresenta-se como um contraponto ao da abstinência, com a proposta de um modelo assistencial conforme os princípios da luta antimanicomial e do Sistema Único de Saúde-SUS: respeito à singularidade e protagonismo do sujeito em seu tratamento, além de cuidado e tratamento com base comunitária, tendo o território geográfico e existencial do sujeito como elemento central.

Delgado (2010), como um dos que ajudaram a construir a Reforma Psiquiátrica no Brasil, assume que o tema das drogas não foi uma questão central para os idealizadores desse movimento, e que a própria Reforma Sanitária não pensou a questão das drogas como política de saúde pública. Esta afirmação é confirmada pela ausência de referências ao assunto nos relatórios das primeira e segunda Conferência Nacionais de Saúde Mental. Foi apenas na terceira Conferência, realizada em 2001, que a questão foi colocada e assumida como pertencente à saúde mental (SILVA, 2014).

Dentre as deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em dezembro de 2001, houve as recomendações de que:

[...] o atendimento às pessoas usuárias de álcool e outras drogas e seus familiares, seja integral e humanizado, realizado por equipe multidisciplinar, na rede de serviços públicos (UBS, CS, ESF, NAPS, CAPS, hospital-dia e unidade mista para tratamento de farmacodependência, serviço ambulatorial especializado, atendimento 24 horas), de acordo com a realidade local” (BRASIL, 2002, p.61).

Delgado (2010) afirma ainda que, tomando como referência a realidade brasileira, houve várias experiências importantes de tratamento e prevenção ao uso de drogas no campo da saúde pública, porém foram experiências isoladas e não se constituíram como política de âmbito nacional. Essa só foi estabelecida a partir de 2003 e, por isso, ainda muito frágil do ponto de vista da sua consolidação e de sua sustentabilidade.

Importante resgatar as experiências pontuais, porque essas vão se constituir em núcleos de resistência e de lutas diante do cenário tão duro da política de Guerra às Drogas.

A Redução de Danos é uma política e uma prática de saúde pública definida como uma série de procedimentos destinados a atenuar as consequências adversas do consumo de drogas (LANCETTI, 2006). Pela primeira vez, ao se falar em drogas, desloca-se o foco da substância e valoriza-se a pessoa como elemento principal nesse processo de saúde pública e qualidade de vida (SIQUEIRA, 2006).

Segundo Lancetti (2006) não é por acaso que a primeira experiência em Redução de Danos no Brasil tenha sido iniciada em Santos. Essa cidade, durante o período de 1989 a 1996, transformou-se num laboratório de invenção de políticas públicas libertárias, com sua dose de confronto com a ordem instituída. Foi a primeira cidade brasileira sem manicômios, a primeira a reverter epidemiologicamente o quadro de contágio pelo vírus da AIDS, a criar programas de assistência domiciliar e a inventar uma metodologia de trabalho com meninas prostituídas e dependentes do crack, e também a aplicar a metodologia de distribuição gratuita de seringas descartáveis. A experiência ocorreu num clima de confronto e de radical postura em favor da defesa e da afirmação da vida.

Com a constatação de que 25% dos casos de AIDS no Brasil estavam associados ao uso de drogas injetáveis, segundo dados de 1994 do Ministério da Saúde (MARQUES & DONEDA, 1998) tornou-se necessário que a experiência de Santos fosse disseminada como uma política nacional, fazendo com que, naquele mesmo ano, surgisse um projeto de articulação política em torno da interface AIDS e Drogas, do Programa Nacional de DST/AIDS. Ao inserir no cenário nacional um conjunto de estratégias de Redução de Danos, esse programa cria um campo de tensões e articulações, e a Redução de Danos deixa de ser apenas uma estratégia de prevenção as DST/AIDS para se constituir em novo paradigma, na medida em que inclui os usuários de drogas como protagonistas dessas ações (PASSOS, 2011).

Em Salvador, em 1995, cria-se o primeiro Programa de Redução de Danos e em 1996 foi fundada a Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA), com a função de capacitar e articular os Programas de Redução de Danos, mobilizando redutores de danos e usuários de drogas para se organizarem politicamente, fundando diversas ONGs pelo Brasil.

Cabe ressaltar que, no âmbito das políticas públicas, esse movimento sempre causou tensão nos demais campos – principalmente, como já foi ressaltado, com a criação da Secretaria Nacional Antidrogas em 1988, ligada ao Gabinete de Segurança Institucional do Presidente da República, com caráter militarista e reforçando a política proibicionista. Apesar desse cenário hegemônico de Guerra às Drogas, o movimento de Redução de Danos foi se capilarizando no Brasil, com destaque para Salvador e Porto Alegre, com uma forma de gestão que lutava pela expressão das diferenças, constituindo redes de mobilização e comunicação (PASSOS, 2011).

A criação de uma rede coletiva e participativa produziu efeitos significativos na vida dos redutores de danos, mediante essa forma de organização, muitos cessaram ou diminuíram o uso de drogas. Segundo Lancetti (2006), 70% dos que se tornaram redutores de danos deixaram de ser dependentes químicos, evidenciando que o protagonismo e a autonomia são importantes estratégias de cuidado.

Ao contrário do paradigma da abstinência, cuja proposta está na remissão do sintoma e a cura do doente, a redução de danos possui como direção a produção de saúde, considerada como produção de regras autônomas de cuidado de si. Sempre é importante citar uma famosa frase do Dr. Dartiu da Silveira, no lançamento do livro “Saúde e Loucura 3”: “o contrário das drogas não é a abstinência, o contrário da droga é a liberdade.” Na Redução de Danos, as regras são construídas a partir das experiências do sujeito e negociadas e pactuadas com eles, considerando as singularidades e possibilidades de cada um. A abstinência pode ser uma meta a ser alcançada, porém trata-se de uma meta co-pactuada e não uma regra imposta por uma instituição.

A partir de 2003, o fim dos financiamentos às associações de Redução de Danos foi antecedido pela Política do Ministério da Saúde para Usuários de Álcool e outras Drogas, migrando do campo exclusivo das políticas de DST/AIDS e tornando-se diretriz na Constituição dos Centros de Atenção Psicossocial. Os CAPS AD foram implantados a partir de 2002, mas como diretriz política, o documento é de 2003. É o primeiro documento de política da saúde pública que fala em atenção integral e

inclui prevenção, promoção, redução de danos, tratamento e garantia de acesso ao tratamento (BRASIL, 2003).

O CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) é um dispositivo que se apresenta como uma conquista política em seu mandato de intervenção no modo como a cultura apreende a loucura e o uso de drogas- são a “máquina de guerra” que combate não as drogas e seus usuários, mas o processo de segregação e exclusão destas pessoas (NICODEMOS& SILVA, 2016). Dos itens contidos na Portaria 336/2002 que regulamenta os CAPS, um dos mais importantes, os caracteriza como serviços do trabalho em rede e retira do centro das atenções a internação como principal recurso de intervenção e o desloca para o trabalho no território de vida de cada sujeito (NICODEMOS & SILVA, 2016).

Lancetti (2015), porém identifica cinco experiências que originaram os primeiros CAPS AD do país, dentre eles o CAPS AD III de Vitória, no Espírito Santo – que nasce originalmente como Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos- CPTT, em 1992. Foi um dos primeiros do Brasil e se inspirou no Centro Mineiro de Toxicomania: também teve forte influência do CETAD (Centro de Estudos e Terapia de Abuso de Drogas da Universidade Federal da Bahia), cujo diretor, professor Antonio Nery, foi o idealizador dos Consultórios de Rua. O CPTT foi transformando em CAPS AD II em 2002 e em CAPS AD III em 2011.

Outra experiência foi a Unidade de Internação Social, criada em 1983 pela Secretaria de Segurança Pública de Minas Gerais, que passou a ser administrada pela Secretaria de Estado de Saúde.

Em Santo André/SP, em 1889, dentro de um Ambulatório de Saúde Mental, foi criado também um serviço para servidores dependentes de drogas, basicamente para alcoolistas. Em 1999 foi construído o CAPS DQ (Dependência Química), que em 2002 virou NAPS AD III. Outro serviço foi o Espaço Fernando Ramos da Silva, em homenagem ao protagonista do filme Pixote, em 1998, transformando-se em CAPS AD III em 2008.

Os marcos teórico-político que fundamentam a política de Atenção em Álcool e outras drogas são: a transversalização, considerando instaurar em todos os campos da saúde pública uma atitude que garanta as especificidades de cada núcleo do saber e consiga trabalhar de forma transversal estes saberes para ampliar novos olhares e novos dispositivos de intervenção; a política de atenção integral e articulada com o desafio de prevenir, tratar, reabilitar como problema de saúde pública; a redução de danos como uma ética do cuidado, lidando com a singularidade dos sujeitos e em defesa da vida; a rede de saúde como local de conexão e de inserção, devendo o cuidado ser operado em inter-ações, criando pontos de referência, viabilizando o acesso e o acolhimento. (BRASIL, 2003)

A abordagem se firma como clínico-política, pois, para que não reste apenas como “mudança comportamental”, a redução de danos deve se dar como ação no território, intervindo na construção de redes de suporte social, com clara pretensão de criar outros movimentos possíveis na cidade, visando avançar em graus de autonomia dos usuários e seus familiares [...] (BRASIL, 2003)

Nesta trajetória podemos afirmar que a Redução de Danos avançou de uma concepção reduzida de prevenção às DST/AIDS para uma proposta ampliada de produção de saúde: e, de uma dimensão concreta de troca de seringas para uma dimensão abstrata, tornando-se paradigma da política nacional de álcool e outras drogas (SOUZA, 2007).

Indicar o paradigma da redução de danos- estratégia de saúde pública que visa reduzir os danos causados pelo abuso de drogas lícitas e ilícitas, resgatando o usuário em seu papel autorregulador, sem a preconização imediata da abstinência e incentivando-o à mobilização social- nas ações de prevenção e de tratamento, como um método clínico-político de ação territorial inserido na perspectiva da clínica ampliada (BRASIL, 2003, p.25).

Brites (2015) ao tecer comentários quanto ao paradigma da redução de danos, pontua que no âmbito da filosofia e das ciências humanas, a palavra paradigma nos remete a uma referência ampla a ser adotada diante de uma realidade apreendida. Neste sentido, o paradigma da redução de danos no contexto da saúde coletiva implica uma visão de mundo que reconheça o uso de drogas como prática social, considerando as determinações econômicas, políticas e culturais que influenciam sobre as diversas formas e consumo de drogas com uma visão de homem e de sociedade diferente da perspectiva proibicionista.

A Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, ainda incipiente, vem sendo construída através de planos emergenciais, tais como o PEAD (Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e à Prevenção em Álcool e outras Drogas – Portaria do Ministério da Saúde n.1190/2009), o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas (Decreto n.7179/2010) e o Plano Crack: É preciso vencer (2011).

1.4. AS LUTAS E TENSIONAMENTOS DOS CAMPOS CONTROVERSOS DO CUIDADO E SEUS EFEITOS SOBRE OS SUJEITOS

Importante ressaltar que os planos emergenciais acontecem em meio a um campo de tensão, de um movimento orquestrado pelas diversas forças conservadoras (religiosas, médicas, jurídicas) amparadas pelo apogeu da Guerra às Drogas, o que foi chamado de “Epidemia do Crack”. A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e os donos de Comunidades Terapêuticas, com representantes tanto no Legislativo como no Executivo (e com o grande apoio da mídia), começam uma campanha perversa de financiamento destes equipamentos com recursos das Políticas Públicas.

Diante deste cenário, a IV Conferência Nacional Intersectorial de Saúde Mental em 2010, e a XIV Conferência Nacional de Saúde em 2011, aprovaram em seus documentos finais o fortalecimento do SUS e a Política de Atenção aos usuários de Álcool e Outras Drogas, excluindo as Comunidades Terapêuticas, por entender que o tratamento não respeitava os princípios dos direitos humanos e da luta antimanicomial.

Após pausa de uma semana na escrita, ainda como projeto de qualificação, registramos acontecimento na vida real cotidiana que nos afeta em todos os sentidos, ora de tristeza, de impotência, em outros com certa luz no fim do túnel. A morte de Cristian, menino de 12 anos, no dia 06/09/2015, que estava jogando bola no campinho quando um tiroteio começou na Favela de Manguinhos/RJ, foi mais uma vítima da política de Guerra às Drogas. Compartilho o sentimento do Dr. Edmar

Oliveira (2015), psiquiatra e escritor, que atuou nessa comunidade e escreveu em sua rede social este depoimento:

[...] “tive acesso a um vídeo que mostra a população revoltada com a polícia e no final o corpo do menino. Vejo o vídeo várias vezes, pois inúmeras vezes andei naquele espaço conversando com senhoras na porta de casa, homens alegres na birrosca, meninos soltando pipas. ... Não sei se já entrei na casa do menino. Mas descubro horrorizado que logo verei outra mãe em situação de desespero. Desespero por uma situação sem saída e humilhante. Situação de impotência frente a políticas de estado que abalam a saúde mental de uma população marginalizada. Algo que deve ser feito, pois está tudo errado. A situação de “enxugar o gelo” de uma dor sem fim não é sustentável. É preciso que as ações de saúde sejam muito além do saber médico. É necessário que enfrentemos a dor da humilhação, que as situações sem saída possam falar do sentimento que é ser morador de favela, é dessa cidade, é preciso fazer os direitos humanos universais valerem também na favela. Só assim começaremos a restabelecer a saúde mental destas pessoas sofridas. É inócuo receitar antidepressivos”.

Essas mortes na favela são banalizadas, têm pouca repercussão na mídia: a polícia e as autoridades buscam argumentos para criminalizá-las. Pelo lado dos familiares, percebe-se um desespero louco em falar que seu menino não era bandido, revelando um traço perverso, que quase justifica a morte se o menino fosse usuário de drogas e/ou tivesse envolvimento com o tráfico – mesmo aos 12 anos de idade. Que sentimentos e afetos são atravessados por essas pessoas envolvidas neste processo, cuja fronteira entre usuário e traficante é tão tênue, diante do paradigma de Guerra às Drogas?

Nessas indagações, faz-se necessário evocar Foucault e Agambem no que se refere ao biopoder e ao conceito de vida nua. O sujeito, enquanto sujeito de direitos, ocupa um segundo plano em relação à preocupação política de preservar e maximizar o vigor e a saúde das populações (FOUCAULT, 1978). O que melhor define as características da biopolítica da população é que, ao propor a melhoria da raça e da espécie, constrói corpos sem direitos que se configuram como vida nua, vida que se mantém nas margens das relações de poder, que podem ser submetidas e até aniquiladas (CAPONI, 2009).

Que cenário temos hoje? Temos uma Política de Saúde implementada pelo SUS que assume a responsabilidade pelo cuidado de pessoas com problemas relacionados às drogas. O modelo de cuidado preconizado nas diretrizes políticas no

campo da saúde mental vai ao encontro dos objetivos do movimento da luta antimanicomial, na construção de um processo de Reforma Psiquiátrica, por não ser excludente, não moralista e se fundamentar na perspectiva da Redução de Danos.

Por outro lado, a partir da configuração da “Epidemia do Crack” e com alternativas do Plano “Crack: É Possível Vencer” (2011), as perspectivas são de retrocesso. Este plano nasce na Secretaria Estratégica do Governo Federal e passa a ser coordenado pela Secretaria Nacional sobre Drogas- SENAD, ligada ao Ministério da Justiça. Ele integra diversas ações ligadas a três eixos de atuação que contemplam o trabalho articulado e integrado de diferentes políticas públicas: Cuidado, Autoridade e Prevenção (BRASIL, 2012). As medidas construídas para seu enfrentamento estão ancoradas na sensação de medo produzida pela epidemia do crack e pela visão do usuário como um sujeito perigoso, capaz de cometer delitos e atos violentos em nome do “vício” e por efeito da substância, sem controle e incapaz de gerir sua própria vida. Acredita-se ser preciso proteger a sociedade desse perigo e também proteger o próprio sujeito de si mesmo (SILVA, 2013).

No que se refere ao eixo do cuidado, diretamente ligado a área da Saúde, já comparece as contradições nesse campo, porque ao mesmo tempo que se implanta a Rede de Atenção Psicossocial com inclusão das Comunidades Terapêuticas nesta rede, abrem-se diversas formas de convênios com as CTs, cuja estratégia central é a internação, seja ela voluntária, involuntária ou compulsória. A estratégia adotada não é do campo do cuidado e da subjetividade, mas remonta aos processos de segregação e higienistas, típicos do início do século passado.

As diversas entidades do Movimento da Luta Antimanicomial em carta aberta à Presidência da República se posicionaram reiterando seu compromisso com a Reforma Psiquiátrica e destacaram que os usuários de drogas são os novos sujeitos do perigo social como os loucos o foram antes, pelas propostas de segregação e exclusão. Adverte ainda que a Reforma Psiquiátrica não tem como sustentar ética, mas também financeiramente dois modelos. Serviços que convidam ao exercício da liberdade não convivem com outros que negam este direito (CARTA DAS ENTIDADES EM DEFESA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA, 2011).

Dessa forma, faz-se importante e necessário destacar que o campo de correlação de forças nas esferas federal, estadual e municipal – quer seja do legislativo, do judiciário e do executivo – travaram e continuam travando uma luta que interferem nas políticas públicas.

Essas forças conservadoras, nas figuras dos representantes das Comunidades Terapêuticas e Associação Brasileira de Psiquiatria, obtiveram financiamento público fora do âmbito do SUS para representarem seus interesses. Apesar dessas medidas serem duramente criticadas pelos movimentos de direitos humanos e da Luta Antimanicomial, encontraram consentimento e apoio popular (SILVA, 2013).

No âmbito do estado do Espírito Santo podemos citar a Rede Abraço, criada no governo passado (GESTÃO, 2011-2013) numa iniciativa conjunta do Legislativo, do Judiciário e do Executivo, buscou referências no modelo de tratamento aos usuários de drogas de Alagoas. A Rede Abraço foi criada em fins de 2013 e inserida no âmbito de uma Secretaria Especial sobre Drogas, ligada diretamente ao Gabinete do Governador, ancorada em um modelo de cuidado tendo a religião e as comunidades terapêuticas como os alicerces. Funcionava como um Centro de Acolhimento, contando com um serviço de Call Center, com uma equipe composta por assistente social, psicólogo e conselheiro terapêutico, visando realizar uma triagem. A Rede Abraço credenciou diversas comunidades terapêuticas com objetivo de encaminhamento das pessoas atendidas (PORTAL DO GOVERNO DO ES, acesso em 12 dez 2015).

O atual Governo Estadual (GESTÃO, 2015-2018) realizou mudanças em torno desse programa. De acordo com o coordenador, em uma reunião com integrantes do Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial, no dia 18/05/2015, a nomeação de um psiquiatra para a Secretaria Estadual sobre Drogas assumiu um caráter mais “técnico” e “menos ideológico” para lidar com esta questão (informação verbal). No início do ano de 2016, a Coordenação Estadual sobre drogas realizou um Seminário , onde estiveram presentes os movimentos sociais (Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial, Fórum Estadual sobre drogas), que reafirmaram as pautas em defesa da Rede de Atenção Psicossocial-RAPS e do paradigma da Redução de Danos.

O que podemos constatar é que a Secretaria sobre Drogas, quando foi criada inicialmente em 2012, tinha como objetivo fazer a articulação das diversas secretarias para uma política estadual integrada e intersetorial sobre drogas, o que não se efetivou.

Outro dado relevante e que vem sendo motivo de muita preocupação do Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial é o vertiginoso crescimento de gastos com internações compulsórias saltando de 1,6 milhões em 2011 para 35,2 milhões em 2015². Esses gastos poderiam ser investidos no fortalecimento da RAPS no Estado.

No ano passado, em função das mobilizações nacionais dos movimentos da Luta Antimanicomial do país em torno do Movimento “Fora Valencius”³, foi criada a Frente Nacional Parlamentar em Defesa da Reforma Psiquiátrica. Seguindo a orientação nacional, foi criada a Frente Parlamentar Estadual em Defesa da Reforma Psiquiátrica, trazendo estas pautas para a Assembléia Legislativa do nosso estado, no segundo semestre de 2016, objetivando tensionar este espaço para reorientar os recursos no sentido de fortalecimento da RAPS estadual.

Trazendo o cotidiano para nossa escrita, cenas que nos afetaram na novela “Verdades Secretas”, ao mostrar uma personagem dependente de álcool (interpretada pela atriz Eva Vilma), internada em uma clínica particular contra a sua vontade, ironizando a fala do seu filho “que está ali para melhorar sua vida”: ela diz para outra pessoa internada que ali não tem nada para sua vida. Na mesma linha, apresenta a clínica psiquiátrica de luxo para o personagem Bruno, um jovem de classe rica. Absurdamente, a única cena retrata o exame de toque anal no jovem para verificar se portava droga ao ser internado pela família. Outra personagem, uma modelo decadente interpretada pela atriz Grazi Massafera, era explorada pela sua mãe. Retratada como Zumbi na Cracolândia, ela é arrebanhada por um missionário, que fornece alimento para seu “corpo e sua alma” e a leva para uma

² Dados da Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas-Secretaria Estadual de Saúde-SESA – repassados por e-mail ao Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial em junho/2016

³ Este movimento se deu a partir da nomeação de Valencius Wurch pelo então Ministro da Saúde, Marcelo Castro, como Coordenador Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, em dezembro de 2015. Este psiquiatra foi Diretor do manicômio de Paracambi-RJ, com sérias denúncias de violações de direitos humanos.

Igreja Evangélica e, logo em seguida, para uma Clínica de Recuperação – provavelmente uma Comunidade Terapêutica. Estas cenas revelam o quanto a televisão continua reproduzindo práticas que vão ao encontro do modelo proibicionista.

Refletimos como as ideias e as práticas do Campo da Atenção Psicossocial, Redução de Danos, os dispositivos de Cuidado, como os CAPS e os Consultórios na Rua ainda são invisíveis. Reflexões compartilhadas por Tofóli, psiquiatra e professor da UNICAMP, publicadas em sua página no Facebook, a que coincidentemente tive acesso logo em seguida ao que escrevi:

[...] uma novela pode influenciar a visão da população sobre os “craqueiros” e as próprias políticas de drogas? No entanto, ao que eu me lembre, jamais um personagem de drogas e raramente um dependente de álcool, em uma novela da Globo, foi capaz de encontrar a redenção- que nas novelas, diferentes da vida real, quase sempre acontece- sem uma internação. Todos os tratamentos ambulatoriais e de autoajuda possíveis, sem sucesso, para só se redimirem para o final feliz após internações psiquiátricas. Até agora, tratamentos sem institucionalização praticamente não fazem parte do manual dos autores da Rede Globo, com exceção de um ou outro personagem que se encontra no AA. Redução de danos, então, só se for novela de ficção científica... Na verdade, há uma novidade sim... no penúltimo capítulo a moça, recém estuprada e precisando de cuidados médicos é levada por um missionário diretamente para uma igreja! E assim, para quem trabalha na Saúde, lidando com todos os tipos de usuários de drogas,-desde os que realmente precisam de internação até os que não querem ou não se beneficiam deste tipo de abordagem- continuará a ser necessário trabalhar contra o senso comum e aparentemente óbvio de que as únicas opções de “cura definitiva” para a dependência química são a internação, a oração ou a combinação de ambas em uma comunidade terapêutica.

Diante desse cenário, retomamos nosso objeto de pesquisa para fazer reflexões no campo da Reforma Psiquiátrica, no que se refere às diversas dimensões que compõem este sistema complexo. Amarante (2007), ao se reportar à Reforma Psiquiátrica, ao campo da saúde mental e da atenção psicossocial, ressalta que não se pode pensar em modelo ou sistema fechado, mas sim como processo social e complexo. Com a ideia de processo, pensa-se em movimento, processos e transformações permanentes:

[...] enfim, um processo social complexo se constitui enquanto entrelaçamento de dimensões simultâneas, que ora se alimentam, ora são conflitantes; que produzem pulsações, paradoxos, contradições, consensos, tensões (AMARANTE, 2007, p.63).

Estas dimensões são teórico-conceitual, tecno-assistencial, juridicopolítica e sociocultural. A dimensão teórico-conceitual consiste em mudanças no referencial teórico e conceitual sobre as concepções sobre a loucura e reflete diretamente na formação dos diversos profissionais que vão se formando no novo ideário da reforma;

A dimensão tecno-assistencial foi a que mais se efetivou com a abertura de novos CAPS em todo o país e com a criação de novos serviços, tais como consultórios na rua e unidades de acolhimento, principalmente para o campo do álcool e outras drogas. É nesta dimensão que se concretiza o campo do cuidado.

A juridicopolítica é definida por Amarante (2007) como revisão das legislações no tocante aos conceitos e noções que relacionam a loucura à periculosidade, irracionalidade, incapacidade e responsabilidade civil tendo como objetivo trabalhar a cidadania, o campo dos direitos humanos e sociais.

Já a dimensão sociocultural pode ser entendida como o conjunto de práticas sociais que visam transformar o imaginário social relacionado à loucura, doença mental e anormalidade. Concordamos com Yasui (2010), que coloca no horizonte da dimensão sociocultural a utopia de mudar o mundo, a Reforma Psiquiátrica, como um processo civilizador. Partimos do pressuposto de que de todos, de uma forma ou de outra, em maior ou menor grau, foram fortemente impactados pelo processo que foi construído historicamente e demarcado fortemente pelo início do novo milênio: pela política de “Guerra às Drogas”. Neste contexto vale ressaltar que:

[...] a dimensão sociocultural é, portanto, uma dimensão estratégica, e uma das mais criativas e reconhecidas, nos âmbitos nacional e internacional, do processo brasileiro de reforma psiquiátrica. Um dos princípios fundamentais adotados nesta dimensão é o envolvimento da sociedade na discussão da reforma psiquiátrica com o objetivo de provocar o imaginário social a refletir sobre o tema da loucura, da doença mental, dos hospitais psiquiátricos a partir da própria produção cultural e artística dos atores sociais envolvidos (usuários, familiares, técnicos e voluntários) (AMARANTE, 2007, p.73).

As ideias veiculadas na mídia, sob o título da “Epidemia do crack”, materializadas no espaço urbano com as famosas cracolândias, têm ocupado uma construção

avassaladora no imaginário cultural, inclusive sobre familiares e usuários, ancoradas na ideia de loucura e de violência. O usuário de droga é aproximado ao louco e a droga é encarada como caso de polícia. A lógica ideologizante é colocar o usuário como criminoso, doente ou pecador. Estas ideias ressoam no conjunto da população que vão buscar respostas a partir destas ideias: aos loucos, aos criminosos e aos violentos, recorre-se mais uma vez à exclusão.

Do ponto de vista de militante do Movimento da Luta Antimanicomial, representado no Espírito Santo pelo Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial, observa-se que há pouca participação dos familiares e dos usuários de álcool e outras drogas nos encontros e organizações desses movimentos.

Considerando a dimensão sociocultural como uma mudança de cultura e de olhares da sociedade sobre a droga e os usuários de drogas (principalmente a partir da produção cultural e artística dos usuários envolvidos neste processo), nossa intenção foi ouvir estes atores sobre o que pensam a esse respeito. Que efeitos se tem produzido nesses sujeitos (usuários) nesse campo atravessado por tantas controvérsias e caminhos que vão em direções tão distintas? Como se dão os modos de subjetivação desses atores frente a estes desafios? Que afetos foram produzidos nos sujeitos na nossa pesquisa, que passaram pela experiência concreta de uma clínica psiquiátrica ou de uma comunidade terapêutica? Que produção subjetiva se deu nesse processo?

Nossa intenção foi a de pesquisar como os diretamente envolvidos por esta questão, (usuários) atendidos nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial de Vitória são afetados pelos discursos e práticas dessa área e também como essas interferem nos seus processos de subjetividade e nas alternativas de cuidado que estes recorrem. Buscamos pesquisar como se sentem, se percebem e quais os caminhos e respostas têm sido buscados por eles; entender se esses caminhos e expectativas vão na direção da atenção psicossocial ou na reprodução dos processos de exclusão e de práticas manicomiais.

Neste percurso, com a escuta a esses usuários e usuárias, apontamos pistas e caminhos para que possamos intervir na dimensão sociocultural e avançar no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Fragmentos de falas de usuários e familiares, que chegaram a nós de diversas formas, foram significativos neste processo: “nossa vida acaba quando descobrem que somos usuários de crack”. A mãe, agente de saúde, fala: “Apareceu no jornal: prenderam o grande traficante do morro; esse ‘grande traficante’ é meu filho que pega minhas economias para comprar drogas.” Ainda, outro usuário, dando seu depoimento no Seminário de Direitos Humanos e Saúde Mental em Vitória em 2013: “Sinto os olhares das pessoas do meu prédio com preconceito sobre mim, porque sabem que sou usuário de drogas”.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVOS GERAIS

Pesquisar a dimensão sociocultural do processo de Reforma Psiquiátrica em relação ao uso álcool e outras drogas e os modos de subjetivação, a partir das narrativas dos usuários do CAPS ADIII de Vitória, visando entender como imaginário sociocultural interfere, direta ou indiretamente, nas suas concepções sobre o cuidado e – consequentemente, na efetivação da atenção psicossocial.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conhecer as experiências das pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas e sua relação com as formas de cuidado.

Entender como o atual processo de tensões e enfrentamentos no campo das drogas os tem afetado e analisar como suas percepções e desejos também interferem, direta ou indiretamente, na efetivação da atenção psicossocial e nos avanços desejados para a Reforma Psiquiátrica na dimensão sociocultural.

3. METODOLOGIA OU TRILHAS PERCORRIDAS

3.1. REFERENCIAL TEÓRICO-NORTEADOR

Tendo como perspectiva compreender os modos de subjetivação dos usuários de drogas, cabe trazer referências teóricas de sujeito, subjetividade e modos de subjetivação na contemporaneidade a partir das obras de Foucault, Deleuze e Guatarri, com contribuições de Bauman e Rolnik.

As contribuições de Maffesoli quanto ao imaginário cultural e de Rodrigues (2016) dos aspectos midiáticos na questão do crack nos ajudaram na análise desta pesquisa.

Foucault (2006) vai buscar suas referências nos filósofos gregos para falar da formação dos sujeitos. O cuidado de si – *epimeléia heautou*, anterior à ideia de “conhece-te a ti mesmo” - *gnôthi seautón*, remete à ideia do sujeito buscar sua forma de viver que melhor o agrade, que o faça viver bem, de acordo com a sua ideia, viver uma vida plena e agradável. É o fato de ocupar consigo, de preocupar-se consigo. Foucault assinala que Sócrates faz referência ao estavão, inseto que persegue os animais, pica-os e o faz correr e agitar-se. O cuidado de si, alerta Sócrates, é uma espécie de agulhão que deve ser implantado na carne dos homens, cravado na sua existência, e constitui um princípio de agitação, um princípio de movimento, um princípio de permanente inquietude no curso da existência.

A noção de *epimeléia heautou* é uma atitude para consigo, para com os outros e para com o mundo. Também uma forma de atenção, de olhar e converter o olhar dos outros para si mesmo. O cuidado de si implica também certa maneira de estar atento ao que se pensa e ao que se passa no pensamento. Por fim, designa algumas ações pelas quais nos assumimos, nos modificamos, nos transformamos (FOUCAULT, 2006).

Foucault (2006) sinaliza, então, que a noção de *epimeléia heautou* tem-se um corpus, definindo maneira de ser, de agir, atitudes, práticas que se constituirão como

fenômeno na própria história da subjetividade, ou na história das práticas de subjetividade.

Para Guattari (1996), a subjetividade não é passível de totalização ou de centralização no indivíduo. Ele argumenta que o sujeito não é evidente, não basta o pensamento cartesiano “penso, logo existo”, considerando-se diversas formas de existir. Por isso, prefere falar em componentes de subjetivação, trabalhando cada um mais ou menos por conta própria, no qual o indivíduo se encontra em posição de terminal com respeito aos processos que implicam grupos humanos, conjuntos socioeconômicos, máquinas informacionais. As máquinas oriundas da tecnologia pela informação e comunicação afetam diretamente a produção da subjetividade humana, cujos efeitos sobre os sujeitos vão depender dos agenciamentos que serão realizados.

Tudo que nos chega pela linguagem, pela família e pelos equipamentos que nos rodeiam não é apenas uma questão de ideia e transmissão de significados por meio de enunciados significantes e sim de sistemas de conexão direta entre as grandes máquinas produtivas e controle social e as instâncias psíquicas que definem a maneira de perceber o mundo (GUATTARI, 1996).

A subjetividade expressa por Deleuze e Guattari fala de territórios existenciais que podem tornar-se herméticos às transformações possíveis, ou podem tornar-se abertos a outras formas de ser. Trabalha-se com a ideia de uma subjetividade que questiona a presença de uma interioridade em separado de uma exterioridade, tais como as polarizações clássicas: sujeito e objeto, consciência e mundo, corpo e alma ou individual e social.

A ideia de sujeito pronto e constituído também é colocada em xeque. O processo de subjetividade não é um processo interior, nem linear e acabado, Ele vai se dando nos processos de existência considerando os diversos percursos que cada sujeito vai traçando em sua vida. A noção de subjetividade tal como compreendida por Félix Guattari não implica uma posse, mas uma produção incessante que acontece a partir dos encontros que vivemos com o outro (GUATTARI, 1996).

Retomando as ideias de Guattari, vemos que a subjetividade é por ele compreendida como um processo de produção no qual comparecem e participam múltiplos componentes. Esses componentes são resultantes da apreensão parcial que o ser humano realiza, permanentemente, de uma heterogeneidade de elementos presentes no contexto social. Nesse ínterim valores, ideias e sentidos ganham um registro singular, tornando-se matéria prima para expressão dos afetos vividos nesses encontros.

O processo de produção de subjetividades mantém-se aberto, operando trocas numa construção coletiva viva, ao mesmo tempo, acolhendo o que está em circulação, mas também emitindo outros componentes. O sujeito tem sempre um efeito provisório (GUATTARI, 1996).

Guattari (1996) fala que o alvo da luta se volta não só para a economia, mas também para os processos de subjetividade. Nesse sentido, os afrontamentos sociais se dão não apenas de ordem econômica, mas também entre as diferentes maneiras pelas quais os indivíduos entendem viver sua existência.

Machado (1999) coloca em questão a noção de subjetividade com as concepções diferentes de identidade, de estrutura psíquica ou de personalidade. A crença de que a natureza de uma subjetividade estaria ligada à ideia de interioridade, à intimidade reforça a ideia de algo natural e invariável.

Os modos de subjetivação referem-se ao processo de transformação, ao devir, aos processos de desconstrução de formas dadas e cristalizadas, numa espécie de movimento instituinte, configurando territórios e reafirmando seu caráter histórico, processual e de permanentes mudanças (MACHADO, 1999).

Pensar em subjetividade, hoje, exige considerar nossos processos culturais capitalísticos e como esses processos nos afetam. Nossos usos, costumes, valores estão ligados diretamente ao padrão de consumo, quanto mais consumidores de coisas, mais valor nós temos. O problema é que a sociedade de consumo apela sempre para a falta, nos sentimos permanentemente angustiados e assim a

sensação de prazer e satisfação é instantânea. Importante trazer as reflexões de Bauman, no que ele chama de vida líquida.

A "vida líquida" e a "modernidade líquida" estão intimamente ligadas. A "vida líquida" é uma forma de vida que tende a ser levada à frente numa sociedade líquido-moderna. "Líquido-moderna" é uma sociedade em que as condições sob as quais agem seus membros mudam num tempo mais curto do que aquele necessário para a consolidação, em hábitos e rotinas, das formas de agir. A liquidez da vida e a da sociedade se alimentam e se revigoram mutuamente. A vida líquida, assim como a sociedade líquido moderna, não pode manter a forma ou permanecer em seu curso por muito tempo. (BAUMAN, 2007.p.7)

Rolnick (1997) alerta que os processos de globalização e a invenção de novas tecnologias afetam nossos processos de subjetividade, dentre os quais se destaca a pulverização das identidades locais relativamente estáveis, acompanhada de uma tendência a conformar subjetividades segundo “identidades globalizadas flexíveis”. Estas são “figuras prêt-à-porter” que se formam e se desfazem ao sabor do mercado. Para além da aceitação acrítica dessas identidades globalizadas flexíveis, diversas formas de resistência se esboçam que vão da apologia da pulverização (o fascínio niilista pelo caos) à defesa de identidades locais fixas.

Propõe-se a ideia de que todas essas formas de resistência têm em comum a manutenção de um regime identitário na constituição das subjetividades. Isto as coloca em estado de falta permanente e promove uma verdadeira toxicomania de identidade, sustentada e produzida por um variadíssimo mercado de drogas. De que mercado de drogas se está se falando? Só do campo das drogas ilícitas? É óbvio que não. Para lidar com esse mundo vazio de existência e de possibilidades, há infinitas possibilidades para todos os gostos – a começar pelas drogas propriamente ditas, sejam elas lícitas ou ilícitas (ROLNIK, 2009).

Reflexões sobre cultura, imaginário e papel da mídia nos modos de subjetivação frente à “guerra às drogas”

Pensar nossos modos de subjetivação na atualidade é também pensar como os processos culturais e midiáticos nos afetam e reafirmar a importância da dimensão sociocultural da Reforma no sentido de que esta possibilita novos olhares sobre a temática das drogas e sobre os usuários de drogas, sejam eles recreativos, abusivos

e/ou dependentes de drogas. Consideramos importante trazer reflexões no campo da cultura e da mídia e como elas se configuram nesta questão.

Para tratar do tema imaginário nos reportamos a Maffesoli que aborda esta questão.

Maffesoli (2001) faz uma cartografia da noção de imaginário definido como a relação entre as intimações objetivas e a subjetividade, [...] em geral, opõe-se o imaginário ao real, ao verdadeiro. A noção de imaginário vem de séculos atrás e com uma velha tradição romântica de uma luta contra a filosofia e o pensamento. Nos anos 30 aparece a obra de Bachelard mostrando que as construções mentais podiam ser eficazes em relação ao concreto. Durand, discípulo de Bachelard indicou como o real é acionado pela eficácia do imaginário, das construções do espírito.

Maffesoli (2001) afirma ainda que a cultura contém uma parte do imaginário, mas ela não se reduz ao imaginário, é mais ampla. Da mesma forma afirma que o imaginário não se reduz à cultura, pois tem certa autonomia. Segundo ele, a cultura é um conjunto de elementos e fenômenos passíveis de descrição, e o imaginário, além disso, tem algo de imponderável, trazendo certo mistério da criação ou da transfiguração. Traz em si uma força social de ordem espiritual, uma construção mental que se mantém ambígua, perceptível, mas não quantificável.

A cultura se materializa muitas vezes por uma obra (literária, música, escultura). Nada se pode compreender da cultura caso não se aceite que existe uma espécie de algo mais, que se tenta captar por meio da noção de imaginário. Este imaginário só pode ser pensado no coletivo. É algo que está ligado ao estado de espírito de um grupo, de um país, estabelecendo liga e cimento social (MAFFESOLI, 2001).

Maffesoli (2001) analisa também o imaginário e a questão da ideologia, ressaltando que esta guarda sempre um viés bastante racional, pois há sempre uma interpretação, uma explicação, uma elucidação, uma tentativa de argumentação capaz de elucidar. Já o imaginário se revela com outros elementos além do racional, tais como o onírico, o lúdico, a fantasia, o imaginativo, o afetivo, o não racional, os sonhos, enfim as construções mentais potencializadoras das chamadas práticas.

Na questão das drogas, a análise nos parece fazer muito sentido, pois podemos considerar que além de uma ideologia de “guerra às drogas”, há um aparato de práticas culturais, dos mais diversos meios, religiosos, mídia, propagandas governamentais, vide Petuco (2011) que alimentam este imaginário.

Maffesoli (2001) afirma ainda que o imaginário encarna uma complexidade transversal, atravessando todos os domínios da vida e concilia o que aparentemente é inconciliável. Os campos mais racionais como as esferas políticas, ideológica e econômica são recortados por imaginários.

Esta complexidade pensada no campo da cultura das drogas adquire proporções hercúleas, pois envolve questões morais, religiosas, jurídicas, médicas e principalmente legais. Um exemplo foi uma campanha “Da proibição nasce o tráfico”, lançada em 2015, através do trabalho de vários cartunistas famosos, entre eles Laerte, Angeli e André Dahmer que tiveram seus cartuns estampados na traseira de ônibus. Essa campanha foi organizada pelo Centro de Estudos de Segurança e Cidadania, da Faculdade Cândido Mendes, dirigida por Julita Lemgruber, socióloga e foi retirada dos ônibus de São Paulo após sua veiculação por apenas 48 horas, por determinação da Empresa Metropolitana de Transportes Urbanos de São Paulo (EMTU). O argumento do governo era que a campanha faz apologia às drogas e era um desrespeito aos policiais⁴

Durand (apud MAFFESOLI, 2001) fala da relação entre as intimações objetivas e a subjetiva. As coerções sociais são os limites que as sociedades impõem a cada ser, que seriam as intimações objetivas sobre a subjetividade. Afirma que assim, entra ao mesmo tempo algo sólido, a vida com suas diversas modulações, havendo um vaivém entre as intimações objetivas e a subjetividade, uma abrindo brechas para outras.

Ao se referir à ideia da existência de tecnologias do imaginário, tais como o cinema, a televisão, a literatura e outras, Mafesoli (2001) afirma que o imaginário é

⁴Fonte: Julita Lemgruber, em uma fala no Seminário Internacional Maconha: Usos, políticas e interfaces com a saúde e direitos, organizado pela FIOCRUZ e EMERJ - Escola de Magistratura do RJ, no período de 01 a 03/07/2015.

alimentado por tecnologias, principalmente as tecnologias de comunicação, ressaltando que o imaginário, enquanto comunhão é sempre comunicação. Ressalta ainda o papel da Internet como uma tecnologia da interatividade que alimenta e é alimentada por imaginários, destacando que o mais importante é a relação, a circulação de signos, as relações estabelecidas.

Necessário e indispensável a utilização da internet e das redes sociais para se pensar em outras possibilidades que ajudem a desconstruir um imaginário tão coletivamente cimentado e cotidianamente alimentado pela mídia hegemônica. No ano de 2016, diversas notícias veiculadas pelas mídias hegemônicas reproduziam o tempo todo a idéia de guerra às drogas. Para dar sustentação às reportagens, utilizam-se da fala de “especialistas”, geralmente psiquiatras e psicólogos, que não têm uma trajetória no cuidado a estas pessoas, mas que cumprem a função a que se destinam.

Ao analisar a ideia de manipulação da mídia, Mafesolli (2001) discorda da ideia pertencente ao esquema clássico defendido pelo marxismo que considera o sujeito indefeso diante das imagens. Citando as obras de Morin, *O Cinema e o homem imaginário* e *As Estrelas*, afirma que existe uma reversibilidade, um vaivém, uma relação, e não apenas uma imposição de algo que vem de cima. O criador, mesmo na publicidade só é criador na medida em que consegue captar o que circula na sociedade, necessitando corresponder a uma atmosfera. A genialidade implica a capacidade de estar em sintonia com o espírito coletivo. Portanto as tecnologias do imaginário bebem em fontes imaginárias para alimentar imaginários.

Compreender estes aspectos torna-se crucial para produção de outros movimentos. A utilização da linguagem do cinema, na exibição de vídeos e documentários que abordam outros discursos e imagens se contrapondo à guerra às drogas nos nossos encontros, detalhados adiante, reafirmam essas ideias.

Vamos problematizar um pouco mais trazendo as reflexões de Guattari (1996) sobre cultura no processo de produção capitalístico. Os modos de produção capitalísticos não funcionam apenas para valores de troca, da ordem do capital, das semióticas monetárias ou dos modos de funcionamento, mas também através de um modo de

controle da subjetivação. Deste ponto de vista, o capital ocupa-se da sujeição econômica, e a cultura, da sujeição subjetiva. A própria essência do lucro capitalista não se reduz ao campo da mais-valia-econômica, mas também na tomada de poder da subjetividade.

Ao falar sobre cultura de massa e singularidade, Guattari (1996) afirma que a imprensa, enquanto produtora de cultura alimenta-se de fluxos de singularidade para produzir, dia-a-dia, individualidades serializadas, amassando os processos de vida social em sua riqueza e diferenciação: com isso, produz, a cada fornada, indivíduos iguais e processos empobrecidos.

Guattari (1996) afirma ainda não haver cultura popular e cultura erudita. Há uma cultura capitalística que permeia todos os campos de expressão semiótica. O que há são processos de singularização em práticas determinadas e procedimentos de reapropriação, de recuperação, operados pelos diferentes sistemas capitalísticos. Para ele, no fundo, só há uma cultura: a capitalística, sempre etnocêntrica e intelectocêntrica, pois separa os universos semióticos de produções subjetivas.

As classes dominantes sempre buscam essa dupla mais-valia, através do dinheiro e a mais valia de poder, através da cultura-valor. Essas duas funções para Guattari (1996) são inteiramente complementares que, juntamente com uma terceira categoria de equivalência- o poder sobre a energia- os três pilares do CMI- Capitalismo Mundial Integrado.

Trazendo para o âmbito da questão das representações midiáticas sobre as drogas, estas só podem ser pensadas como uma espécie de narrativa estruturante e estruturada do real, utilizando um discurso de aparente objetividade reforçando a ideia daquilo que “é”, englobando no fundo uma função política por trás da pretensa objetividade (RODRIGUES, 2016). Torna-se notório o papel que a mídia desempenha nas construções e disseminação do significado de que essa droga e seus usuários são dotados em larga escala.

Como Mafesolli (2011) aponta o imaginário vai se construindo para além da objetividade e da racionalidade, envolvendo toda uma aura de um coletivo.

Rodrigues (2016) ressalta que embora o crack ocupe um lugar de destaque na mídia brasileira, pouco se sabe a qualidade dessas informações. Ao realizar uma pesquisa sobre as matérias sobre crack e os “crackeiros” no debate midiático, se constata que o eixo central destas matérias, reforçando os mitos, e que uma guerra declarada às drogas esconde uma guerra velada aos mais pobres.

Mais uma narrativa que reafirma o genocídio que estamos vivendo na favela em função desta guerra, com a reflexão de Boiteux em sua rede social, em função da morte de Maria Eduarda, ocorrida dia 30 de março, na favela de Acari/RJ.

Maria Eduarda (Acari), Wallace, Caio, Thierry presentes! A licença para matar que a PM do Rio tem é criminosa, a corporação tem culpa. Perseguições a “bandidos” em horário escolar, próximas a escolas, não devem ocorrer, os riscos são altos, e Maria Eduarda morreu por isso. Não basta construir escolas se os estudantes não podem estar seguros nas salas de aula. Não dá para defender a educação, e ao mesmo tempo, consentir que as PMs realizem operações policiais como essas e troquem tiros aos lado de crianças. Não faz sentido querer segurança, e ao mesmo tempo defender execução de traficantes e insistir nessa política genocida de guerra às drogas.

Segundo a pesquisa da SENAD em parceria com a UFJF/MG⁵, a representação comum da categoria usuária de drogas, drogado, viciado e dependente químico não se vincula ao padrão de uso desta substância, mas tem a ver com uma representação delimitada em torno de uma identidade social de classe ou, em outras palavras, de um estigma. As pesquisas jornalísticas revelam que estes meios reduzem o usuário de determinadas drogas, ao crack, em especial, a um símbolo de degradação, a um incapacitado para o mundo do mercado, do trabalho, um ser reduzido à condição de doente-criminoso. Apresentado também como um ser perverso, compulsivo, sujo, um alucinado capaz de qualquer coisa para obter a droga, reforçando a noção de periculosidade como um aspecto de sua personalidade (RODRIGUES, 2016).

⁵ A Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), do Ministério da Justiça (MJ), e a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) firmaram parceria para desenvolver o projeto “A gênese social do crack”. O projeto, coordenado pelo professor Jessé Souza, consistiu em uma pesquisa qualitativa com usuários e agentes institucionais, tendo como objetivos investigar a relação entre o uso do crack e processos de exclusão e desclassificação social em diferentes esferas e dimensões e identificar mecanismos institucionais capazes de transformar essa relação.

As abordagens midiáticas, em sua maioria tratam o crack como um problema de polícia, de controle social, associando nas reportagens a droga crack com crimes, como tráfico, furto, porte ilegal de armas, assassinatos e outros. Todos estes aspectos vão ao encontro de um combate e repressão a um tipo de segmento social representados como uma espécie de antagonista social (RODRIGUES, 2016)

Rodrigues (2016) defende que por trás deste discurso midiático se configura um discurso da intolerância sobre o crack, legitimando a gestão policial e judiciária da pobreza em sua forma mais escancarada, colocando o “cracudo” como moradores de rua, mendigos, pequenos ladrões, pichadores de usuários de drogas. Nas abordagens midiáticas ocorre uma demonização da droga, que ganha certa vida: “crack escraviza, “crack destrói”, “crack, a pedra da morte

Assim como Mafesolli (2001) e Guatari (1996), utilizando-se de argumentos teóricos diferentes vão ao encontro de Rodrigues (2016) quando afirma que as ideias veiculadas na mídia não estão apartadas da sociedade, inclusive das relações de poder. Há uma indissociabilidade entre a produção do discurso midiático e o contexto político social. As abordagens midiáticas sobre o crack no Brasil seguem um eixo reificando um discurso, encobrendo as questões de classes sociais que envolvem estes sujeitos. Reafirma também que esta criação midiática reforça a ideia de usuário de crack como bode expiatório e culpado pelos problemas sociais, aumento da violência, aliando-se às justificativas ideológicas para legitimação das formas de desigualdade, a meritocracia, a naturalização dos privilégios dos capitais sociais, econômicos e culturais. Temos o entendimento que essas considerações teóricas serão importantes para a compreensão dos modos de subjetivação dos sujeitos ouvidos em nossa pesquisa.

3.2. TRILHAS METODOLÓGICAS

Pesquisa-Intervenção e a colheita de dados – a entrevista coletiva como proposta

Ao pesquisador que concebe as experiências humanas como singulares e se propõe observar os efeitos de subjetivação a partir disso e não as generalizando, que tem

compromisso ético-político e estético com a realidade com a qual trabalha, não é dada outra perspectiva de investigação que não a pesquisa-intervenção.

A pesquisa-intervenção é uma proposta ético-estético-política, colocando em questão a noção de ciência como algo a ser descoberto. O mito da neutralidade e objetividade, durante muito tempo, foi enaltecido pelos cientistas e legitimado pela sociedade. Latour se contrapõe ao objetivismo da ciência positivista, argumentando que as ciências são objetivas porque tratam de objetos, mas que esses objetos podem parecer mais complexos, entrelaçados e múltiplos. Estes se apresentam com diferentes pontos de vista, e faz-se necessário que o pesquisador se desloque para acessá-los sob diferentes ângulos e perspectivas dada a sua multiplicidade, complexidade e dobras implicadas. Acrescenta ainda que, para ser cientista e alcançar objetividade, esse precisa mover-se de um quadro de referência para outro, para não cair na limitação e de único e estreito ponto de vista (LATOUR, 2006).

A pesquisa-intervenção propõe romper com os enfoques tradicionais de pesquisa, que traz em seu escopo o processo de “conhecer para transformar”, por “transformar para conhecer” (COIMBRA apud ROCHA, 2003). Na pesquisa-intervenção o ato de pesquisar se constitui essencialmente um ato político, que acentua o vínculo entre a gênese teórica e a gênese social dos conceitos, habitualmente negado nas versões positivistas tecnológicas de pesquisa. (RODRIGUES & SOUZA apud ROCHA, 2003).

O ato de pesquisar revela um encontro entre pessoas, é um pesquisar-com, relação sujeito-sujeito, e não sujeito-objeto. O pesquisador não vai atrás de fatos e informações. Ele se dispõe a ouvir as pessoas, ouvir suas histórias, interessar-se pelos sujeitos. O pesquisador, nessa perspectiva, não faz coleta de dados e sim colheita de dados. Qual a diferença? A coleta baseia-se na ideia que os dados estão lá e o pesquisador apenas os busca no pesquisado. A ideia de colheita sugere que você semeie, jogue, adube a semente, cultive as relações, e então surge a colheita (DEPRAZ et al. apud BARROS, 2013).

O adentrar por caminhos desconhecidos, com olhar de estrangeiro, traz deslocamentos importantes e significativos, como assinala Caiafa (apud POZZANA DE BARROS, 2009, p. 56):

[...] é preciso estar disponível para a exposição à novidade, quer se a encontre longe ou na vizinhança. Trata-se de uma atitude que se constrói no trabalho de campo. É que o estranhamento não está dado, é algo que se atinge, é um processo do trabalho de campo.

Partindo das concepções da pesquisa-intervenção, que toda pesquisa intervém sobre processos, ambos os projetos (intervenção e de pesquisa) se entrelaçaram e afetaram um ao outro. Em uma aproximação com o grupo de familiares de usuários do CAPS AD III e CAPSi para apresentar a proposta de ação educativa e ouvir suas expectativas, seus interesses e sugestões de como realizar essa atividade, muitos elementos de análise já compareceram e contribuíram para o processo da pesquisa.

O Projeto de Intervenção intitulado “Oficina de acolhimento e formação para familiares de usuários de álcool e outras drogas” foi intenso de emoções e afetos. O Grupo de Trabalho dessa Oficina se reunia semanalmente: foram momentos de ótimos encontros, potencializados com a oficina que realizamos com Denis Petuco, e consultor do Ministério da Saúde do projeto Caminhos do Cuidado, para refletirmos e nos instrumentalizar na Metodologia da Educação Popular (BRANCO et al., 2017).

Por que trazer estes relatos? Tem algo a ver com nosso objeto de pesquisa? Permitimo-nos fazer algumas reflexões: O município de Vitória-ES tem um serviço de atenção ao uso abusivo e dependência de Álcool e Drogas que funciona há mais de vinte anos, como CAPS AD desde 2002, um CAPSi que atende crianças e adolescentes usuários de drogas, uma cobertura de Estratégia de Saúde da Família de quase 80%. Realizamos uma formação para todos os agentes comunitários na questão de Redução de Danos, pelo projeto “Caminhos do Cuidado em 2014”. Desde 2007, buscamos fortalecer o trabalho da Saúde Mental com a implantação do Apoio Matricial em todas as unidades básicas de Saúde do município. Ouve-se o tempo todo sobre a “Epidemia do Crack” – mas, no momento que se oferta algo para trabalhar estas questões isso não provoca ressonância na nossa rede de Atenção.

Depois de várias estratégias de mobilização, obtivemos inscrição de vinte familiares, com a participação em média de 12 pessoas a cada encontro. A cada novo

encontro, vivenciamos momentos de afetos e emoções surpreendentes: ouvir os sujeitos, familiares e usuários, envolvidos neste processo é um dos caminhos, senão, o caminho. Nossa intenção desta pesquisa se reafirmou, quando no processo de avaliação da formação com os familiares em dezembro de 2015, estes propuseram que envolvêssemos os usuários nesta experiência.

Nossa intenção foi ouvir sujeitos que historicamente sofrem processos de criminalização, preconceitos e estereótipos. A questão era: como se chegar? Convidar a quê? O que poderia despertar o interesse dessas pessoas, tão marcadas e provavelmente contaminadas pela guerra às drogas?

A metodologia utilizada visou permitir uma inserção maior e mais sistematizada em um tema que já atravessa o pesquisador por suas vivências e experiências – o que não consideramos um problema uma vez que partimos da premissa de que toda produção de conhecimento se dá a partir de uma tomada de posição que nos implica politicamente (PASSOS, 2009). Assim, tomando como referência o conceito de implicação entendemos que.

[...] implicação diz respeito menos à vontade consciente dos indivíduos do que as forças inconscientes (o inconsciente institucional) que se atravessam constituindo valores, interesses, expectativas, compromissos, desejos, crenças, isto é, as formas que se instituem como dada realidade (LOURAU apud PASSOS, 2009, p.19).

Permeia a investigação o entendimento de que o avanço na dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica é estratégico para seguirmos avançando e interfere diretamente no campo do cuidado. Inferimos que, se tivéssemos avançado nessa dimensão, não teríamos encontrado terreno tão fértil para os retrocessos e riscos que estamos vivenciando no nosso país, particularmente no Estado do Espírito Santo.

Nesse sentido, buscamos estratégias metodológicas que nos permitiram descobrir pistas para que possamos contribuir com o avanço dessa dimensão da Reforma, considerando que o caráter de pesquisa-intervenção, aqui traduzida como uma forma de investigação "que busca aceder aos processos, ao que se passa entre os

estados ou formas instituídas, ao que está cheio de energia potencial" (PASSOS; BENEVIDES, 2009, p. 20).

Pretendeu-se principalmente, intervir considerando a fraca participação e mobilização popular no atual cenário social, principalmente nessas questões das drogas, influenciados pelos processos de subjetivação contemporâneos, marcadamente individualistas. Acreditamos que o próprio processo da pesquisa possibilitou, ainda que não diretamente, contribuir para a politização desses usuários de drogas.

Foi formado um grupo com usuários como oferta de encontros/rodas de conversa em que as pessoas puderam se expressar e falar de seus sonhos, seus desejos, suas angústias – e, a partir daí, gerar novas possibilidades.

Estes encontros com os usuários–foram norteados pelos princípios da atenção psicossocial que vão à direção da autonomia, do protagonismo e da participação social destes sujeitos. Neste caminho, nos orientamos no dispositivo da entrevista coletiva segundo Passos (2013) que busca referência na entrevista de explicitação, entendida como uma atitude de abertura capaz de promover e acolher diferentes pontos de vista.

A entrevista coletiva como aposta ético-política de coletivização não pode se limitar à detecção de pontos de vista apenas, mas como ajuda na promoção de modos mais autônomos e coletivos de relação com este ponto de vista. Possibilita a produção e a coletivização de questões investigadas ensejando novos sentidos, produzindo diferenciações, traçando novas linhas de conversa. Este instrumento ao permitir que cada um fale de suas experiências, possibilita que os diferentes pontos de vista possam ser modificados e novas formas de relacionamentos possam emergir. Na entrevista coletiva, interessa menos responder corretamente as informações do que promover o compartilhamento e a coletivização de experiências acerca dos temas (PASSOS, 2013).

A utilização da entrevista coletiva contribuiu para intensificar os graus de abertura a discussão, fazendo emergir várias dimensões dos modos de existir dos sujeitos,

deslocando os pontos de vista dados. O manejo da entrevista coletiva vai além da interação entre os participantes em torno de um tema, trazendo a cena, a questão da transversalidade das relações, fomentando a criação de novas perspectivas e a coletivização da experiência (PASSOS, 2013).

Importante trazer a concepção de transversalidade segundo Gattari. A transversalidade se distingue da horizontalidade, que organiza corporativamente os iguais e da verticalidade, que hierarquiza os diferentes. A transversalidade cria uma dinâmica de diferenciação que permite que as vivências e representações pessoais ganhem caráter processual e de transformação, sem se anularem e se fecharem em perspectivas totalizantes. Assim, a entrevista coletiva possibilita uma experiência de compartilhamento e de pertencimento como condição para emergência de novas identidades (PASSOS, 2013).

A utilização de diferentes técnicas e recursos, tais como dramatizações, fotos, filmes, facilitaram o acesso aos diferentes pontos de vista entre os participantes da pesquisa, mostrando-se como recursos importantes na entrevista coletiva (DALBELLO-ARAÚJO, 2008).

Cabe lembrar que a apresentação, aqui, dos procedimentos e do cenário da pesquisa de forma aberta foi intencional, pois, nessa escuta aos usuários, utilizamos a narrativa como principal recurso, por acreditar na sua potência.

Diante da amplitude, da emergência de fatos e de acontecimentos possibilitados pela entrevista coletiva, foi necessária a participação de uma colaboradora neste processo da pesquisa, uma estudante de iniciação científica do curso de Terapia Ocupacional, com interesse e percurso neste tema.

Como proposta dos encontros, apresentamos um plano inicial, que foi se flexibilizando e percorrendo outros caminhos, de acordo com os pressupostos metodológicos adotados: A ideia inicial foi realizar cinco encontros semanais ou quinzenais, de quatro horas cada, totalizando 20 horas, conforme roteiro previamente planejado:

- Primeiro Encontro:

Objetivo: Apresentação dos objetivos do trabalho, integração dos participantes e sensibilização para a temática das drogas.

Apresentação dos participantes

Vivência: História do nome e desenho do nome

Dinâmica: expressar o que pensam sobre “drogas” a partir de colagem de revistas e de jornais. Em seguida, discussão dialogada sobre o tema.

Avaliação do dia

- Segundo Encontro: Como percebem o usuário de drogas

Vídeo: Crack é crack

Debate sobre os temas disparadores

Avaliação do dia

- Terceiro Encontro: Como veem o cuidado? Que visão tem da atenção psicossocial, da redução de danos? O que pensam da internação compulsória?

Vídeo disparador sobre o tema: a ser definido

Avaliação do dia

- Quarto Encontro: Expectativas, sonhos e perspectivas

Tenda dos contos: trazer um objeto significativo e falar das suas lembranças e sonhos a partir dele.

Avaliação do dia

- Quinto Encontro: Construindo uma cidade ideal para se viver

Dinâmica com sucata

Discussão dialogada

Avaliação do processo e possíveis encaminhamentos

Campo da pesquisa

A pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III-CAPS AD III, que integra a Rede de Atenção Psicossocial do município de Vitória, no Estado do Espírito Santo.

Na área de saúde, Vitoria é dividida em seis regiões, assim constituída:

- Região de São Pedro, com as seguintes Unidades Básicas de Saúde (UBS): Ilha das Caieiras, Resistência, Santo André, Nova Palestina (todas com Estratégia de Saúde da Família - ESF);
- Região de Santo Antônio, com a UBS Grande Vitoria, UBS Santo Antônio, UBS Favalessa (todas ESF);
- Região de Maruípe, com as UBS Maruípe, UBS São Cristóvão, UBS Andorinhas, UBS Bairro da Penha, UBS Consolação e UBS Bonfim (todas ESF);
- Região Centro, com as UBS Vitoria, UBS Fonte Grande, UBS Ilha do Príncipe (ESF), UBS Avelina e Santa Teresa (PACS);
- Região do Forte São João, com as UBS Praia do Sua, UBS Santa Luiza, UBS Jesus de Nazaré, UBS do Forte São João (ESF) e UBS Ilha de Santa Maria;
- Região Continental, com UBS Jardim da Penha (ESF), UBS Jabour, UBS Maria Ortiz e UBS Jardim Camburi.

Além das 30 Unidades Básicas de Saúde, a rede municipal conta, ainda com os seguintes serviços: um Centro Municipal de Especialidades, um Centro de Referência IST, um Centro de Referência do Idoso (CRAI), dois serviços de Pronto Atendimento, um Laboratório Municipal e quatro Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): CAPS Ad III, CAPS III São Pedro, CAPS II da Ilha e um CAPSi e dois Consultórios na Rua.

Detalharemos um pouco mais o CAPS II da Ilha em função de minha inserção neste serviço por quinze anos, de 1997 a dez/2012 e conforme já explicitado no início, foi um divisor de águas na minha vida pessoal e profissional. Devido a isso, faço diversas referências nesta pesquisa, a esta experiência tão marcante em minha vida.

O CAPS II da Ilha foi criado em dezembro de 1996, e foi efetivamente o primeiro CAPS do município e do Estado. Este serviço já nasce com uma vocação

antimanicomial em função que seu funcionamento se efetivou com a parceria com o Projeto de Extensão da UFES, intitulado “Cada Doido com Sua Mania”, que já tinha feito uma inserção no Hospital Adauto Botelho, com uma clínica diferenciada para lidar com as psicoses. As diversas oficinas terapêuticas possibilitavam as mais diversas formas de expressão dos sujeitos, sem contar a efervescência cultural e trocas que esse serviço fazia com a cidade. Reuniões de equipes, assembleias e análise institucional já estavam incorporadas ao cotidiano dos serviços. Fiz um intenso mergulho no campo da atenção psicossocial, descobrindo e me encantando neste universo de possibilidades de cuidado a estas pessoas. Trabalhamos junto com a área técnica de Saúde Mental do município, implantamos o apoio matricial, inserindo definitivamente o CAPS no território e em um trabalho efetivo de rede. Implantamos o CAPS III em março de 2012, alguns meses após implantação do CAPS AD III.

O CAPS AD III, nosso campo da pesquisa, foi criado em 1992, como Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos, CPTT, caracterizado como um espaço ambulatorial. Em 1997 foi constituído um convênio de Cooperação Técnica Brasil-União Europeia, cujo objetivo era o fortalecimento dos serviços de apoio aos toxicômanos no Brasil que proporcionem cuidados intensivos em substituição à internação hospitalar. Esta parceria auxiliou o CPTT na construção da Rede de Atenção ao usuário de drogas em Vitória, além de fomentar a discussão e implantação do Programa de Redução de Danos - PRD (REIS, 2008).

A partir de 2002, seguindo as normas do Ministério da Saúde esse serviço passou a funcionar na modalidade de CAPS AD, passando por transformações no seu processo de trabalho, conjugando atendimentos individuais com as atividades de Atenção diária. Em dezembro de 2011, passou a funcionar como CAPS AD III, com oito leitos noturnos, cinco para o sexo masculino e três para o feminino, sendo o único do estado do Espírito Santo nesta modalidade.

Desde 2006, o município desenvolve ações de redução de danos através de convênio com a Associação Capixaba de Redução de Danos (ACARD), a partir do qual são desenvolvidas ações de campo junto a usuários. Os recursos deste convênio eram oriundos do Programa de Atenção às DST/AIDS, hoje IST (infecções

e não mais doenças sexualmente transmissíveis), todavia as ações são desenvolvidas numa parceria que agregava a Área Técnica de Saúde Mental, o CAPS AD, a área de DST/AIDS e a ACARD (CLEMENTE, 2013).

Em 2009, o CAPS AD realizou os levantamentos e mapeamentos pelos territórios de Vitória para implantação do Consultório de Rua. As primeiras equipes dos Consultórios de Rua emergem do próprio serviço e num momento em que as discussões e as conexões criavam redes propícias ao seu funcionamento. O CAPS AD nesse período ofertou atendimento a crianças e adolescentes, principalmente que estavam em situação de vulnerabilidade no horário de 16 às 20 horas e já fazia uma abordagem como consultório de rua, antes mesmo dos recursos do Ministério da Saúde (CLEMENTE, 2013).

No segundo semestre de 2012, inaugura o CAPS ADI, tendo como referência a cidade de São Bernardo do Campo/SP que havia criado este serviço,, especializado em acolher crianças e adolescentes com problemas relacionados a uso abusivo e dependência de drogas. A partir de agosto de 2012 cria-se a CATIJ- Casa de Acolhimento Transitório Infanto-Juvenil para acolher até dez crianças e adolescentes que estivessem em situação de vulnerabilidade social (CLEMENTE, 2013).

A partir de 2013, com a mudança de gestão do município e da passagem do Consultório de Rua para Consultório na Rua, houve alterações nos processos da rede de atenção. Foram criadas mais duas equipes de Consultórios na Rua ligados à Atenção Básica, pela nova política do Ministério da Saúde. Isso provavelmente afetou e afeta o trabalho em rede e articulação com os demais serviços. A CATIJ, com o término do contrato com a instituição parceira, foi extinta. As ações e parte da equipe do CAPS ADI foram transferidas para o CAPSi e o CAPS ADI transformado em CAPS III de São Pedro.

Cabe ressaltar que no período de 2007 até 2012, quando saí do CAPS , praticamente todos estes serviços eram acompanhados por supervisores

institucionais com certa regularidade, destacando-se dentre eles, Antônio Lancetti⁶ e Luciano Elia⁷ que provocavam movimentos e agenciamentos fundamentais para a potência dos serviços.

Participantes do grupo

Os participantes do grupo foram usuários e usuárias atendidos no CAPS AD III e que quiseram participar desta pesquisa.

Os encontros aconteceram com a participação de 18 pessoas no total, contou em média de doze pessoas por encontro e ocorreu no período de setembro a outubro de 2016. No último dia, realizamos o encontro com dezoito pessoas. Esse grupo foi composto por 13 homens e 5 mulheres, que variaram de faixa etária dos 20 aos 64 anos.

Procedimentos éticos em pesquisa

Anteriormente ao processo do trabalho de campo o projeto teve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UFES, respeitando-se assim os princípios éticos fundamentais adotados na abordagem aos participantes, na coleta e tratamento dos dados, com base na Resolução nº 466 de 12/12/2012, a qual dispõe sobre as normas de pesquisa envolvendo seres humanos (Conselho Nacional de Saúde, 2013).

Após exposição dialogada sobre a pesquisa, foi lido e discutido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias (APÊNDICE B) e solicitada a assinatura dos participantes em duas vias. As pessoas foram devidamente esclarecidas acerca dos objetivos e procedimentos, sendo informados ainda sobre a possibilidade de deixarem de participar por livre vontade. Para a participação houve

⁶ psicanalista, analista institucional, autor de diversos livros com Clínica Peripatética, Contrafissura e plasticidade psíquica, consultor do projeto “Caminhos do Cuidado” do Ministério da Saúde e do projeto “Braços Abertos” do Município de São Paulo. Faleceu em dez/2016.

⁷ psicanalista professor titular da área de Psicanálise do Instituto de Psicologia da UERJ, foi supervisor de Centros de Atenção Psicossocial na área de Saúde Mental infanto-juvenil e de adultos. Mestre e Doutor em Psicologia Clínica pela PUC/RIO. Consultor da Área Técnica de Saúde Mental infanto-juvenil do MS no período de 2004-2010. Fonte: Linked in.

o registro do áudio por meio de gravação sonora e foi mantido o anonimato dos colaboradores no registro dos dados e também na análise posterior, sem a identificação dos colaboradores em nenhuma etapa, mantendo dessa forma, total sigilo.

Pelos caminhos das narrativas como forma de análise de dados

Benjamin (1994) traz importantes contribuições sobre o ato de narrar, alertando que a difusão da informação é responsável pela raridade da arte da narrativa. Os fatos nos chegam sem nos levar a refletir, pois já vem acompanhado de explicação. A informação é imediata e só tem valor quando chega. A narrativa conserva suas forças, não se entrega, pois deixa espaço para reflexões: carrega em si, uma forma artesanal de comunicação. Ela não tem intenção em transmitir o “puro” dos fatos como uma informação ou um relatório. O processo da narrativa é um processo artesanal, como a mão do oleiro na fabricação de um vaso. A prática da narrativa é a interação da alma, do olho e da mão, figurando o narrador entre os mestres e sábios.

No entendimento de que "as experiências estão deixando de ser comunicáveis" e de que "a arte de narrar está definhando porque a sabedoria - o lado épico da verdade - está em extinção", acompanhamos o autor na aposta de que a narrativa "tem sempre em si, às vezes de forma latente uma dimensão utilitária", (BENJAMIM, 1999) e ainda no seguinte questionamento:

[...] podemos ir mais longe e perguntar se a relação entre o narrador e sua matéria - a vida humana - não seria ela própria uma relação artesanal. Não seria sua tarefa trabalhar a matéria-prima da experiência - a sua e a dos outros - transformando-a num produto sólido, útil e único. (BENJAMIM, 1994, p.221)

Assim, nossos procedimentos visaram, principalmente, a que os participantes pudessem produzir narrativas e reflexões próprias sobre suas experiências ligadas ao tema atual das drogas.

Os Encontros

O Convite

Fizemos nossa inserção no CAPS AD no dia 02/09/2016, nesse dia os usuários estavam participando de uma oficina e foram convidados a participar de uma conversa para apresentação do nosso projeto e convite à participação, isso foi facilitado pela minha aproximação com os profissionais deste serviço. Fiz minha apresentação, ressaltando ser profissional de saúde da PMV, minha experiência no CAPS da Ilha por vários anos, pesquisadora e militante da luta antimanicomial, o que disparou vários questionamentos e indagações.

Cerca de vinte pessoas participaram, sendo doze usuários e três usuárias, além de duas profissionais (musicoterapeuta e arteterapeuta). Este primeiro encontro já revelou grandes expectativas e interesse de 12 pessoas, sendo 10 homens e 2 mulheres, em participar da pesquisa. Foram realizados cinco encontros semanais, com duração em média de 3 horas.

Primeiro Encontro: Apresentação dos participantes e assinatura do termo de compromisso livre e esclarecido (TCLE)

A partir deste dia, contamos com ajuda valiosa de Karine, aluna de iniciação científica do curso de Terapia Ocupacional. Não fizemos a gravação em áudio deste dia devido os participantes não terem assinado o TCLE (Termo de compromisso livre e esclarecido), o que ocorreu no segundo momento do encontro.

Estavam presentes 13 pessoas, sendo 10 homens e 3 mulheres. Fizemos a dinâmica da história do nome, que consiste em falar o seu nome e relatar o porquê desse nome, quem escolheu e se você se identifica com ele. Essa dinâmica nos pareceu disparar vários sentimentos e afetos ligados aos percursos de vida dessas pessoas. Vidas que se entrelaçavam por estarem no CAPS AD, com percursos os mais diversos e ricos possíveis.

No segundo momento, fizemos uma leitura dialogada do TCLE, e ao final, quase todos os participantes assinaram e nos devolveram uma guia conforme os princípios éticos da pesquisa. Uma pessoa já havia saído e outra, preferiu não assinar porque ia fazer uma cirurgia e não sabia quanto tempo ficaria afastado.

Segundo Encontro: O que é droga para vocês?

Estavam presentes neste dia, 12 participantes, sendo 8 homens e 4 mulheres.

Formamos 4 subgrupos, distribuídos aleatoriamente e solicitamos que cada subgrupo expressasse o que a droga significava para eles. Disponibilizamos folhas de flip-chart, revistas, cola tesoura e canetas hidrocor. Cada subgrupo fez o cartaz. Percebemos certa dificuldade de trabalhar em grupo, algumas pessoas expressavam no cartaz a sua ideia sem compartilhar no subgrupo. Apesar disso, a atividade possibilitou a interação entre eles, criando um clima de descontração e alegria. Permitiu também, conforme os caminhos metodológicos da entrevista coletiva, disparar outras questões que atravessam a vida destas pessoas, conforme descrito mais adiante.

No segundo momento, passamos o vídeo: Crack!, Crack?

Este vídeo, de sete minutos, foi produzido pelo projeto Caminhos do Cuidado, do Ministério da Saúde para formação dos agentes comunitários de saúde de todo país. De uma forma bem humorada, satiriza as atuais formas de “analisar” os usuários de drogas. As personagens Dulcinoia e Joca recorrem a uma revista e, a partir daí, descobrem que são viciadas em crack. O vídeo possibilitou a reflexão de pensar sobre as diversas formas de dependências, além propiciar um momento de descontração e alegria ao grupo. A fala de uma usuária expressa este momento: “só de podermos dar um sorriso já é muito bom”.

Terceiro Encontro: O que pensam sobre os usuários de drogas, sobre si e sobre o cuidado.

Participaram deste dia 16 pessoas, sendo 10 homens e 6 mulheres. Três estavam vindos pela primeira vez.

Em função destas 3 pessoas que estavam vindos pela primeira vez, e também para ativar o grupo, sugerimos que ficassem na roda e falassem seus nomes e fizessem um gesto com a inicial do seu nome. Apesar de tímidos, todos se manifestaram com mais diversos gestos que expressavam: alegria, natureza, felicidade, flores, atividade (costura, pesca).

Em seguida, passamos para a atividade proposta do “Questionário de Crenças” (APÊNDICE A). Cada participante respondeu individualmente seu questionário e depois partimos para o debate, que despertou o interesse de todos.

Quarto Encontro: Outras narrativas sobre o uso de drogas e lembranças

Estavam presentes neste encontro 16 pessoas, sendo 4 mulheres e 12 homens.

Passamos o filme “Crack, repensar”, documentário da FIOCRUZ, de 25 minutos, de julho/2015. Esse documentário reúne depoimentos de usuários, especialistas em saúde pública, acadêmicos, gestores e profissionais que atuam na promoção da cidadania e dos direitos humanos. Abordam questões como a redução de danos, internação compulsória e regulação de drogas, possibilitando repensar outras formas de conviver com as drogas em nossa sociedade. Cabe ressaltar que os depoimentos e as narrativas dos usuários no documentário causaram mais impacto nos participantes do que a fala dos especialistas.

No segundo momento realizamos a vivência da “Tenda dos Contos” (GADELHA, 2010). Os participantes foram orientados no encontro anterior a trazer um objeto que fosse significativo para o momento em que estavam vivendo. Montamos um espaço de lembranças e memórias: livros, objetos antigos de cozinha, enfeites e colocamos ao centro uma cadeira de praia forrada com uma manta, que lembrava uma cadeira de balanço. Cada pessoa com seu objeto era convidado a sentar na cadeira e falar sobre sua escolha. Trazer à tona as lembranças da infância, da família disparou

afetos e emoções que permitiu outra narrativa para além de ser dependente de drogas.

Quinto Encontro/Despedida- Caixa dos Tesouros

Fomos surpreendidas pelo número de pessoas presentes na atividade: 18 participantes, sendo três delas, vindas pela primeira vez. Deste total, 13 homens e 5 mulheres.

A proposta inicial para este último encontro seria do grupo “construir” uma cidade “ideal” para se viver. Repensamos em função dos nossos encontros anteriores das dificuldades do grupo de pensar para além de suas questões pessoais e por isso decidimos realizar algo que os fizesse refletir sobre suas potências.

Cada participante recebeu uma caixa de madeira em MDF e foram convidados a decorá-la. Disponibilizamos diversos materiais (retalhos, cola colorida, miçangas, fitas). Depois cada um, ia colocar nessa caixa, “seus tesouros” que foram ativados nos encontros e que foram significativos para cada um deles nos momentos mais difíceis. Foi uma vivência muito rica e intensa de sentidos e significados para estas pessoas, relatadas mais adiante.

Ao final dos encontros, demos a cada participante um CD com os vídeos que foram usados nas dinâmicas.

4. NARRATIVAS DOS USUÁRIOS – OS SUJEITOS/PROTAGONISTAS DA NOSSA PESQUISA

Embora não previsto inicialmente em nosso percurso metodológico, sentimos a necessidade de uma entrevista individual para contribuir no processo da pesquisa. Fizemos entrevista individual de nove dos participantes e foi possível resgatar informações relatadas nos encontros.

Apresentamos estes participantes com suas narrativas, seus desejos e suas expectativas que com certeza contribuirão para o entendimento dos encontros vividos e experienciados.

Consideramos importante trazer estas histórias, pois as experiências e as pesquisas que adotam a filosofia e a práxis da Redução de Danos ressaltam que a produção social de subjetividade é decisiva para entender as pessoas, e que quando entramos na singularidade e na história de cada pessoa, a complexidade aumenta consideravelmente (LANCETTI, 2015).

1) A1- Em sua história, homem, de cor branca 64 anos, nos fala que se pudesse colocar em percentual, diria que sua vida há 70% de coisas boas e 30% de coisas ruins, sentindo-se orgulhoso de suas conquistas. Nascido em uma cidade pequena do litoral do ES, relata que seus pais não tinham muitas condições e por isso só estudou até a quinta série do primário. Quarenta anos depois, incentivado por suas filhas retomou os estudos e completou o Ensino Fundamental. Iniciou o ensino médio, porém devido à complexidade dos estudos e problemas pessoais parou no meio do segundo ano. Diz pretender concluir o ensino médio e quem sabe até fazer faculdade. Relata ter trabalhado em várias empresas e se considera um rodoviário, pois trabalhou quase sempre como motorista profissional por mais de trinta anos. Atualmente está desempregado, sem renda, e se mantém com ajuda das filhas. Fala com orgulho que tem casa própria e construiu uma casa para sua filha mais velha. É divorciado, mora sozinho, no terreno onde sua filha reside. No decorrer da sua narrativa não fala de sua problemática de uso ou abuso de álcool ou outra droga. Eu o indago o porquê de estar ali, ele fala que suas filhas o aconselharam a buscar

ajuda e só então se reconhece como alcoólatra e que já esteve internado em uma clínica particular há alguns anos. Relata que está há quatro anos no CAPS AD.

2) S1, mulher, negra, 49 anos. Nasceu em uma cidade do interior, norte do ES, de família bem humilde e perdeu o pai quando criança. Relata que desde muito cedo por ser uma das filhas mais velhas começou a ajudar a mãe nas tarefas de casa. Precisou largar os estudos aos 12 anos e aos 14 anos já começou a trabalhar. Sentiu desde cedo o peso de sua responsabilidade quando se viu ajudando sua mãe cuidar da casa, nas despesas e a cuidar de seu sobrinho que veio para sua casa com um mês, filho de uma irmã que não ficou com o bebê. Aos 16 anos começou a ter contato com baladas, bebidas, mas que não atrapalhava sua vida. Por necessidade, foi trabalhar no Rio de Janeiro onde ficou por alguns anos. Nesse período teve um relacionamento amoroso, que descobriu posteriormente ser com um homem casado e engravidou de sua filha. Retornou ao ES para cuidar de sua mãe que veio a falecer. Há alguns anos retomou seus estudos, completou seu ensino fundamental, conseguiu passar no processo seletivo do Ifes, para o curso de Metalurgia. Diz que problemas com a bebida ocorreram por uma sobrecarga de trabalho, afetando seu lado psicológico. Trabalhava como doméstica de segunda a sábado e estudava a noite. Para dar conta dos seus estudos ficava agitada e recorria ao álcool, no caso, a cachaça, para conseguir produzir e dormir. Relata ter passado por momentos de depressão também. Percebeu que havia perdido o controle da situação e buscou ajuda. Já era acompanhada pela psicóloga da UBS do município já algum tempo que recentemente a indicou ao CAPS AD. Está em tratamento desde agosto. Disse que tinha muita preocupação de passar para outras drogas mais pesadas, referindo-se ao crack e a maconha. Pretende fazer o Enem nos próximos dias e retomar seu curso de Metalurgia no próximo ano, pois precisou trancar. Disse que tentará fazer Comunicação Social na UFES. Mostra preocupação com a perda parcial da bolsa que tinha direito como aluna do Ifes (auxílio-moradia, alimentação) que era no valor de R\$ 800,00 (Oitocentos Reais) e hoje é só de R\$ 300,00 (Trezentos Reais). Mostra preocupação que isso possa piorar e fala da PEC 241.

3) A2 homem, pardo, 52 anos, desde jovem já lembra que bebia bastante junto com o tio que era boêmio. Relata que seu pai também bebia bastante. Perdeu muitas

oportunidades na vida por causa da bebida. Perdeu emprego na Vale e na UFES, vários deles como segurança e como cozinheiro. Teve muitas namoradas, mas elas terminavam por causa da bebida. Casou-se aos quarenta anos de idade, tem uma filha de 12 anos e é divorciado. Relata que o casamento não deu certo porque a mãe da esposa interferia demais e que não era só por causa da bebida. Diz que a filha é bem cuidada pelos tios, irmãos da mãe, que são bem empregados e que a filha gosta dele. Hoje mora com um amigo que bebe bastante, mas pretende mudar de vida. No momento encontrava-se desempregado. Diz que já ficou internado em uma Comunidade Terapêutica por sete meses, mas saía de 15 em 15 dias e algumas vezes, bebia. Quando saiu de alta, recebeu seu pagamento do INSS e partiu para esbórnia com bebidas e mulheres tendo ficado completamente sem dinheiro. Chegou ao CAPS AD há alguns meses, encaminhado pela Rede Abraço. Diz que vai conseguir parar de beber e retomar sua vida.

4) A3, mulher, branca, 36 anos, relata ter nascido em berço militar e crescido com o pai batendo em sua mãe. Aos dez anos se revoltou e se voltou contra seu pai. Completou o ensino médio. Desde cedo saía muito para as ruas, começando a usar drogas (clorofórmio) aos 14 anos no colégio. Começou a usar cocaína antes do uso da maconha. Aos 15 anos saía de casa e ficava vários dias fora de casa, em baile funk, balada, motel. Casou duas vezes e ficou 13 anos casada e neste período relata não ter feito uso de drogas. “Levava uma vida “normal”. Cuidava dos filhos e trabalhava como corretora de imóveis. Tem três filhos, um de 19, de 16 e um de 5 anos. Cada filho de pai diferente. Justica-se, dizendo não ser leviana, mas porque amava demais. Foi mãe pela primeira vez aos 17 anos. Já passou por internação em seis Comunidades Terapêuticas. Está no CAPS AD há um ano, sendo que passou um tempo ausente e que retornou recentemente com disposição em mudar de vida.

5) A4, mulher, parda, 45 anos. Esteve 20 dias no acolhimento noturno. Relata ter 2 filhos, um de 21 anos e outro de 4 anos. Mora com o marido, a mãe e os dois filhos. Completou o ensino técnico (eletrotécnico) na antiga Escola Técnica Federal. Trabalhou como atendente de telefone. Começou usar crack aos 27 anos, mas usava cocaína antes por influência de amigas. Relata que quando sente vontade de usar crack toma medicação. Conseguiu parar de usar quando foi ameaçada pelo Conselho Tutelar que iam retirar a guarda de seu filho. Relata a importância de sua

família em sua vida. Diz que não vai recair, para isso chupa bala, come chocolate, toma remédio. Se ficar com dinheiro na mão é uma tentação para comprar o crack.

6) W, 36 anos, pardo, nascido e criado em Vitória, concluiu o ensino fundamental. Relata que sua mãe e seu padrasto são pessoas boas mas que bebem muito, tomam muito remédio e também alguma “droga”. Sua irmã faz tratamento no CAPS da Ilha. Ele e sua família não têm renda, pois estão desempregados. Relata que seu maior problema é a desintoxicação e por isto está no CAPS AD no acolhimento noturno e também para ficar longe da família, pois brigam muito entre si. Relata que começou a fazer uso de drogas com 8 anos de idade, por curiosidade e influência dos amigos. Já morou na rua por um tempo e esteve internado em uma Comunidade Terapêutica por 3 anos. Diz que seu maior sonho é ter uma profissão, largar o “vício” e ter uma família.

7) R1, homem, negro, 64 anos, frequenta o CAPS AD já há alguns anos. Relata que teve muitas experiências boas e ruins em sua vida, e desperdiçou muitas oportunidades profissionais devido a seu comportamento impulsivo e agressivo. Relata também que seu comportamento agressivo já compareceu diversas vezes neste e em outro CAPS AD que frequentou, tendo sido expulso inclusive. Já se envolveu em diversas brigas com usuários. Reconhece, no entanto, que tem se mostrado mais calmo com ajuda dos profissionais que o atendem. Relata ter feito uso de todos os tipos de droga, inclusive o crack, mas, segundo ele, viciou na maconha e no álcool. Relata ter morado em Copacabana, RJ e em uma cidade do interior de Minas e em todas encontrava drogas com fácil acesso. Atualmente em uso do álcool, mas vem tentando reduzir.

8) A5, homem, pardo, 48 anos. Frequenta o CAPS AD há oito meses. Nascido em Minas Gerais, estudou até a 5ª série, fez curso de vigilante e trabalhou em empresa de segurança e na construção civil. Relata ter começado a beber quando ficou desempregado e separou de sua esposa. Chegou a morar nas ruas. Sua mãe morreu quando nasceu e seu pai faleceu quando tinha 7 anos. Fugiu de casa aos 9 anos com sua irmã porque a madrasta os maltratava. Diz que o passado é passado. Está frequentando a Escola da Vida* e seu maior sonho é ter um trabalho.

9) E. homem, negro, 54 anos, nascido em Vitória. Concluiu o segundo grau. Era o caçula de 8 irmãos, 6 mulheres e 2 homens. Trabalha com autopeças. Relata que a perda de seu filho de 29 anos há uns 8 anos, em uma acidente de carro e a separação de sua ex-esposa o desestabilizou muito. A partir disso, começou a beber sem controle, perdendo a noção das coisas. Faz tratamento no CAPS AD há 9 meses, trazido pela sua atual esposa. Antes, esteve em uma Comunidade Terapêutica por 9 meses, mas logo em seguida voltou a beber tudo novamente. Diz ter orgulho de sua vida. Tem 2 filhas que estão na faculdade, tem ótimo relacionamento com elas e já é avô. Sente-se um herói por ter passado o que passou. Seu lema é “Aprendendo a Viver”;

10) F., homem, adulto, cor branca, 39 anos. Diz que começou fazer uso do crack por motivo banal. Fumava maconha. Relata que o amigo de seu irmão fazia uso e através deles fez uso maconha misturada com crack. Disse ter sentido algo diferente. Conseguiu parar por 2 meses, depois voltou pior. Relata ainda que sua irmã estava bebendo muito, fumava crack e que morrera na semana passada com pneumonia, com 40 anos.

11) S2, mulher, parda, 38 anos. Começou a fazer uso de drogas aos 18 anos e já viu muita desgraça. Mãe de 2 filhos, de 16 e 19 anos. Perdeu o terceiro filho, no 8º mês de gestação atribuindo ao uso do crack e sente muita culpa por causa disso. Relata que já se prostituiu, traficou drogas e até manteve armas sob seu domínio. Diz que a estratégia deste mundo é utilizar pessoas com aparência de frágil. Fala que é permanentemente desafiada em permanecer inclusive no tráfico, mas quer mudar de vida.

12) R2, jovem, negro, aparentando uns 25 anos. Veio do Rio de Janeiro, fala que este nome é em homenagem a seu avô, que havia morrido pouco antes de nascer e sua avó quem decidiu por este nome. Diz que gosta do seu nome porque é um nome querido pela família. Afirma que já fez muitas besteiras na vida, veio do Rio de Janeiro para Vitória para tentar mudar de vida, mas não adiantou muito, mas está tentando ter uma vida melhor. Fala do filho com carinho.

13) JC, pardo, aparenta ter entre 50 a 60 anos. Perdeu a mãe aos 8 anos de idade e o pai há alguns meses. Histórico de muitas internações psiquiátricas, inclusive na Clínica Santa Angélica, fechada desde 1995. Diz ser ovelha negra da família, tendo criado muitos problemas para toda sua família. Relata ter usado diversos tipos de drogas. Trabalhava na PMV.

14) A6, homem, negro, aparentando uns 30 anos, diz frequentar o serviço há quase 10 anos. Participou apenas de 2 encontros, mas sua participação trouxe a ideia da redução de danos. Relata uso de diversos tipos de drogas. Disse ter participado de um curso do Cepad.

15) WH, homem jovem, negro, muito falante, aparentando ter de 25 a 30 anos. Diz que W. deve ser porque é o nome de seu pai. H. não sabe o porquê. Prefere ser chamado de H, pois W tem a ver com seu passado que não foi muito legal.

16) S3, mulher, branca, aparentando uns quarenta e poucos anos, branca. Consultora de vendas. Assume ser dependente de álcool, tem 2 filhas, sendo que uma delas é psicóloga, que a tem ajudado muito a enfrentar os desafios e os preconceitos. Fala da importância de mostrar a cara para enfrentamento do estigma e do preconceito, principalmente em relação às mulheres.

17) M, homem jovem, branco, aparentando entre 20 a 30 anos. Relata ter nascido em berço do crime. Perdeu os pais quando criança e se envolveu ainda adolescente no mundo das drogas e da criminalidade por influência de seu irmão. Ficou preso por quase 10 anos e está buscando sua recuperação. (Só participou de um único encontro).

18) JN, homem, branco, aparentando uns 50 anos. Relata que as drogas destruíram sua vida. Apesar de defender a abstinência de todas as drogas, fala que é muito difícil a crise de abstinência. Passou por diversas clínicas de internação antes de fazer tratamento no CAPS AD.

5. RESULTADOS, ANÁLISES E REFLEXÕES

Apresentamos neste capítulo as análises a partir das discussões e reflexões dos participantes, agrupando suas narrativas em 5 unidades que resultaram da emergência dos temas significativos para os objetivos da pesquisa: 1) as drogas-ideias e concepções; 2) olhares e concepções sobre pessoas usuárias de drogas; 3) ideias e concepções sobre o cuidado; 4) a questão religiosa e seus modos de subjetivação; 5) sonhos, desejos e utopias.

Anteriormente, pensamos ser necessário fazer uma contextualização deste momento histórico vivido em nosso país, pois estes acontecimentos atravessaram nossas conversas e afetaram a todos nós.

Nossos encontros e realização das entrevistas com os usuários do CAPS ADIII aconteceram no período de setembro a outubro de 2016. Um pouco antes destes se iniciarem, exatamente no dia 31/08/2016 fomos vítimas de um golpe na democracia brasileira. A presidenta Dilma Rousseff, reeleita pelo Partido dos Trabalhadores em 2014, foi destituída do seu mandato, acusada de crime de responsabilidade, que não foi provado, por um Senado composto em sua maioria por políticos acusados de corrupção.

Este momento foi o ápice de um processo político que vinha se arrastando desde a eleição de 2014, onde presenciamos uma onda reacionária e fascista, revelada nos mais diversos espaços públicos. Constatou-se que defender bandeiras das minorias, pautas progressistas e direitos sociais gerava um ódio de pessoas mais próximas possível de você. Souza (2016) aprofunda este tema explicitando os diversos interesses de uma elite, que sob o discurso de acabar com a corrupção, articulou e promoveu este ataque à democracia.

Cabe ressaltar que a mídia hegemônica exerceu um papel fundamental neste processo, com matérias sensacionalistas, tendo como objetivo demonizar a política e o Partido dos Trabalhadores. Estes fatos geraram manifestações por todo o país, gerando clima de ódio, rancor e criminalização dos movimentos sociais. Os movimentos de direita foram largamente apoiados pela mídia hegemônica. Esta

breve contextualização se fez necessária face ao colhido nas falas e narrativas dos participantes de nossa pesquisa.

5.1. AS DROGAS

Quando propusemos esta questão para os participantes da pesquisa, consideramos importante suas ideias e concepções sobre drogas por acreditar que estas crenças produzem efeitos significativos sobre suas subjetividades. Apresentamos algumas análises de autores que pensam o consumo de drogas para além do campo da saúde, em uma perspectiva cultural e a significação simbólica da droga.

O termo “droga” é utilizado para se referir a qualquer substância que desencadeia as mais diversas reações aos indivíduos, tanto de ordem somática quanto psíquica e de intensidade variável. Incluem-se nesta concepção substâncias como a cerveja, a cocaína e alguns medicamentos. Substâncias psicoativas são aquelas que modificam o estado de consciência, humor ou sentimento das pessoas que as utilizam (SIMÕES, 2008).

Derrida (1997), estudando o conceito de “pharmakon” na obra de Fedro, de Platão, demonstra que há muito se constituiu a concepção filosófica de que as substâncias psicoativas não são dotadas de propriedades próprias e que seus efeitos são variados. Estes efeitos dependem da forma como estas drogas são utilizadas. O “phármakon” consiste no “veneno-remédio, trazendo boas e más possibilidades ao ser utilizado, não contendo em si nenhuma qualidade metafísica.

“A existência de determinadas drogas e seus usos envolvem questões complexas de liberdade e disciplina, sofrimento e prazer, devoção e aventura, transcendência e conhecimento, sociabilidade e crime, moralidade e violência, comércio e guerra” (SIMÕES, 2008, p. 13).

Sob o paradigma proibicionista, as drogas representam a idéia do mal a ser extirpado. Suas potencialidades e efeitos danosos são vistos como inerentes à própria substância e devem ser banidas da sociedade. Neste discurso de “Guerra às

Drogas”, escondem-se discursos moralistas mas também fortes interesses econômicos e financeiros (SIMÕES, 2008).

O proibicionismo reduz o uso de drogas ao âmbito da patologia-drogadição. Neste paradigma, drogas são usadas por viciados ou dependentes, acarretando graves problemas à saúde pessoal e pública. As drogas representam um perigo e uma ameaça à sociedade (SIMÕES, 2008).

Vargas (2008, p41) referindo-se ao lema do Dr. Paracelso⁸: *dosis sola facit venenum*, propõe que as drogas sejam consideradas uma categoria complexa e polissêmica, que distintas nas suas modalidades de uso e de efeitos, não apresentam diferenças intrínsecas absolutas ou inerentes, mas sempre e somente relacionais.

A relação que as sociedades contemporâneas estabelece com o consumo de drogas é marcadamente ambígua de repressão e de incentivo ao consumo. Vargas (2008) acredita ser possível pensar esta relação como “dispositivo das drogas”, próximo ao que Foucault cunhou de “dispositivo da sexualidade”. Como dispositivo, não se pode pensar em categorizá-las sob um único ponto ou perspectiva. Estas são reprimidas, incitadas e tentativas de controlá-las o tempo todo. Os paradoxos envolvidos nesta relação: consumo/repressão; legal/ilegal, e as contingências estabelecidas neste processo nos leva a compartilhar desta ideia.

Nesse sentido, o uso de drogas, tais como das armas e de outras ferramentas sócio-técnicas dependerão dos diversos agenciamentos para que possam ter sua determinação e significação. Sem isto, permanecem indeterminados e impossibilitados de serem reportados (DELEUZE&GUATARI, 1997, apud VARGAS, 2008).

⁸ Dr Paracelso Paracelso, pseudônimo de Philippus Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim, (Einsiedeln, 17 de dezembro de 1493 — Salzburgo, 24 de setembro de 1541) foi um médico, alquimista, físico, astrólogo e ocultista[1] suíço-alemão. Seu pseudônimo significa "superior a Celso (médico romano)". Ele é considerado por muitos como um reformador do medicamento. Também é aclamado por suas realizações em Química e como fundador da Bioquímica e da Toxicologia. Fonte: Wikipédia

Neste contexto, Vargas (2008), contrapondo-se ao modelo proibicionista, reducionista, que estabelece uma divisão moral (médico-legal) entre uso lícito e ilícito de drogas ou entre drogas (tóxicos, entorpecentes ou venenos) de um lado e medicamentos, alimentos e cosméticos, de outro, sugere que pensemos as diversas substâncias como alimentos-droga, tais como o açúcar, o café, o chá, o chocolate, bem como os medicamentos e os fármacos.

Para a compreensão do fenômeno das drogas é fundamental atenção aos diversos contextos sociais e culturais em que este se insere, não podendo considerar as substâncias e indivíduos como elementos dissociados desta relação (FIORE, 2013). Considerando a complexidade deste fenômeno, deve se atentar para evitar generalizações nesta questão.

Delmanto (2013) afirma que,

[...] se não podemos considerar que todos os consumos determinados em alguns contextos são “catalisadores do inconformismo social” como avaliava Mckena (PINCHBECK apud FIORE, 2013), nem todos os usos como possíveis aberturas das portas na muralha como supunha Huxley (1995), ou nos aproximar da “iluminação profana” de Benjamin (1987), tampouco afirmar o fantasma do zumbi usuário de crack propagado por mídias corporativas e governos midiáticos.

Fiore (2013) utiliza o termo agenciamento para a questão do consumo de drogas a partir das inquietações da crítica-pós social para que as substâncias possam ser compreendidas sem esgotar-se nos seus efeitos, por um lado, ou em seus significados socialmente atribuídos, por outro, sob o perigo da determinação. Este termo, embora tenha alguma relação com a proposta teórica de Deleuze e Guatari, se diferencia nos seus propósitos. Para este autor, os agenciamentos se colocam como o conjunto de possibilidades farmacológicas, materiais e simbólicas que se efetivam. Os agenciamentos são tanto bioquímicos quanto econômicos, dizem respeito tanto às características materiais das drogas quanto suas formas de subjetivação (FIORE, 2013).

Compreender a complexidade deste universo passa por entender os interesses, o passado e o presente da proibição das drogas e também de que formas as

substâncias são vistas não apenas pelo discurso estatal, mas também pelo olhar da sociedade com toda sua diversidade (FIORE, 2013).

A ideia alimentada por diversos setores, tendo a mídia como grande aliada, de que as drogas são um mal em si, escamoteia e desvia atenção para o desmonte das políticas sociais, e justifica a barbárie da Guerra às Drogas, legitimando o proibicionismo (FILEV, 2008).

A partir destas breves considerações, apresentamos as narrativas dos participantes de nossa pesquisa.

As ideias e as concepções nas narrativas dos usuários sobre as drogas estão associadas a tudo de ruim que possa acontecer, tanto nos aspectos individuais e coletivos. As concepções são impregnadas dos aspectos de demonização da substância e seus efeitos destruidores e assim elas vão ao encontro do processo midiático de guerra às drogas e do paradigma da abstinência, em particular da epidemia do crack e encontram ressonância nas experiências subjetivas destas pessoas.

Trazem também que droga é tudo de ruim que possa acontecer, trazendo as substâncias para algo do mal que precisa ser banida. Não parecem fazer distinção das lícitas para ilícitas, mas alguns parecem sinalizar que o álcool deveria ser proibido também justificando o acesso muito fácil.

Cabe ressaltar que as narrativas desse efeito devastador da droga se fez muito mais presente nas mulheres, fatos que merecerão uma breve análise mais adiante, embora não seja o objeto principal de nosso estudo.

Logo, de início dos nossos encontros já comparece o lugar central que a droga assume na vida destas pessoas.

A3 diz que desde muito cedo perdeu muitas coisas em função das drogas. Outra usuária, **S2** se aprofunda nestes efeitos devastadores da droga, fala que a droga representa a morte do seu filho que perdeu quando estava com sete meses de gravidez e que recebeu a notícia quando foi fazer uma ultrassonografia. Repete

várias vezes que foi ela própria a causadora disso, pois foi até a boca do crack, que fez esta escolha, e que teria sido a responsável pela perda do seu bebê. Trazemos seu relato na íntegra pela emoção que ele carrega.

Eu posso me expressar? Com todo respeito, vocês sempre arrancam um pedaço da gente nestes momentos. Eu perdi um nenenzinho. Eu trouxe inicialmente uma foto de uma criança dormindo me lembrou uma criança morta, então não me interessava, eu quero me lembrar de uma criança sorrindo. Eu quero começar; e a gente que vai com as próprias pernas pegar a droga. A mão de Deus é tão pesada que a gente tem que aprender. Fui eu que fui até a boca de fumo. Aos sete meses fui fazer uma ultrassom. Eu tive uma surpresa que eu nunca mais quero na minha vida. O médico falou “Senta, na sua bolsa não tem líquido”. A criança esta morta”. Eu fugi do hospital pra fazer a cirurgia. Fugi mesmo. Passei pelos guardas ninguém viu. Fiquei seis dias com a criança morta. Já que eu tive a capacidade de fazer isso. não vai dar nada pra fazer comigo. “O senhor (referindo-se ao médico) me promete que deixa ver a criança?”. Ele mentiu pra mim. Ele não fez um mal, ele fez um bem. Para me acalmar. Quando eu acordei eu já estava costurada. O médico me disse: “se eu deixasse você ver, você ia fazer uma loucura. Você assinou que não queria sepultar ia deixar para estudo”. Como eu vou sepultar uma criança que eu queria tanto pra mim? Eu preferi deixar minha criança para estudo. Eu chorei muito. Eu não me recuperei. Se eu entrar no ônibus, e tiver uma pessoa com neném eu não aguento. A boca de fumo não vai até você. E a gente vai com as nossas próprias pernas. Eu não vi o rostinho, não vi como ele era, era um menininho, fui eu somente que perdi este bebe, que tomei a iniciativa que ele perdesse a vida. Depois que eu perdi o bebe eu usei droga, eu queria me matar. Eu tenho uma filha de 19 anos, eu tenho um filho de 16 anos, mas filho nenhum substitui outro filho. Eu fiz uma carta para Deus na Deus É Amor. Deus sabe o dia e a hora certa. Se eu morrer com o crack. Como eu tive coragem de fazer o que eu fiz um ser pequenino. Moça, não conta pra ninguém me dá uma injeção. Eu quero morrer. Mas eu quero lembrar do que eu fiz, pra muitos deve ser uma loucura. O que você escreve para Deus. Se eu continuar no mundo do crack não quero morrer matada, mas infartada.

Neste momento, movidas pelo sentimento de compaixão pela imensa culpa que **S2** carregava consigo, relatamos o ocorrido com uma pessoa de minha família, minha cunhada que perdera um bebê aos 8 meses de gestação por má formação congênita (nasceu e morreu em 24 horas). Relatamos que foi muito triste para todos nós, mas minha cunhada não tinha nenhum comprometimento com uso abusivo de drogas. Nossa intenção neste momento foi na tentativa de aliviar seu sofrimento e sua culpa, tentando mostrar que apesar das adversidades e momentos tristes por que passamos eles são para além de nossas escolhas e responsabilidades.

Mais uma vez repensamos no compromisso ético e político do fazer pesquisa e reafirmamos que o caminho da pesquisa-intervenção nos remete e nos convoca a

todo o momento para esta questão. Como manter-se neutro diante de tais relatos, provocados por nós, como a própria **S2** nos interpela?

A usuária **A4** também traz a ideia da droga como devastação e também traz lembranças ligadas a seu filho:

[...] mundo triste, de solidão, minha vida tá toda despedaçada, estou na orgia, no momento eu não estou bem pra falar, tudo que eu sinto tá lá, a droga representa tudo de coisa ruim, embaixo é um abraço [referindo-se a uma imagem que colou no cartaz]. Já fui internada aqui quando eu estava grávida de 5 meses. Meu filho hoje tem quatro anos. Eu mesmo não estou me suportando. Tudo que eu sinto tá lá. Representa um monte de coisa ruim.

Novamente nos sentimos convocadas por **A4** quando no cartaz diz só colocar coisa ruim, se referindo o que era droga para ela, mas embaixo no cartaz cola imagem de pessoas se abraçando. Perguntamos se poderíamos lhe dar um abraço e ela diz que sim, fazendo um gesto de pedido. Vamos até ela e a abraçamos fortemente.

No relato de **A4**, percebemos que o foco era na substância que adquiria uma força do “Mal”, conforme reforçado pela Política de Guerra às Drogas e tão disseminada nos mais diversos meios. **A4** ao falar mal da droga, porém, se junta a ela. Sente-se um lixo e diz estar “fundo do poço” (expressão muito utilizada no paradigma da abstinência).

A3 embora reconheça que já perdeu muitas coisas na vida em função da droga, traz alguns indícios para a questão do cuidado de si e para o paradigma da redução de danos quando fala:

[...] Droga para mim é tudo que é demais. Tudo que te faz mal: Você pode fazer o que for o que não tiver prejudicando sua vida, não está tirando de sua vida, quando começar a te prejudicar, torna-se uma droga. Mas a partir do momento que te faz mal. Tem pessoas que podem usar. Outras não.

Nesta fala podemos perceber indícios de redução de danos quando trata que a questão não está na substância em si, mas a relação que esta venha causar na pessoa que faça uso dela, causando dependência ou uma relação de prazer fazendo uso recreativo da mesma.

A5 associa drogas a tudo que não presta, que acaba com a vida da pessoa:

[...] quando você tá num momento difícil, você fala "droga de vida". Pra mim, é quando você não tá conseguindo acompanhar. Quando fala em droga, a gente pensa em maconha, crack, mas o álcool também é uma droga. A pessoa está com um problema e vai buscar resolver. Vai tomar uma cachaça. Vai levar para o buraco. Droga é só coisa que não presta. O álcool também é uma droga, só que não é proibida é liberada. Tudo é uma porcaria só. É só coisa que não presta.

Observamos que nas narrativas, principalmente nas dos homens, percorreram caminhos muito diferentes na concepção e nas ideias sobre drogas, trazendo a questão para a situação política do país, evitando falar de questões mais pessoais. Fatos que corroboram uma visão estereotipada que às mulheres é permitido expressar seus sentimentos e aos homens não, indo ao encontro do imaginário popular “homem que é homem, não chora”.

Já de início da atividade quando trabalhamos a questão “o que é droga para você?”, um dos subgrupos já questionou: “Podemos colocar a foto da Dilma”? E completando: “Ela é uma droga”.

Outro subgrupo composto por dois homens e uma mulher retratou no cartaz o momento político do país, colocando a presidenta Dilma, deposta por um processo de impeachment, conforme já relatado, no centro do cartaz. O relato:

[...] droga é isto tudo aí que está aparecendo. A droga da política brasileira. Porque nós estamos nesta droga por causa desta droga ali, [apontando pra figura de Dilma Rousseff].

S1, uma das mulheres deste subgrupo, apesar de concordar com a questão política, traz também para as questões mais pessoais:

[...] procuramos na drogaria nosso alívio. É um momento difícil que a gente tá passando de corrupção, tem também a depressão. Uma coisa é a situação da depressão. Outra é a situação de vida.

Ao falar da situação de vida, também concorda com o momento político do país e admite que a corrupção esteja prejudicando:

[...] só para ressaltar que a gente tá vivendo um momento de droga política, a corrupção, grande prejuízo. Eu sou petista, mas tive problema com Dilma. Eu recebo bolsa do Ifes e teve corte e fui prejudicada. Como estudante a gente recebe uma bolsa como auxílio para custear o estudo. A ajuda pro aluguel acabou ficou só para passagem. Parte deste dinheiro é desviado. Mesmo eu sendo petista, até eu tive problemas com o governo do PT, mas vai piorar ainda mais com os governos que estão por vir.

A fala de **S1** revela e reafirma a complexidade de se pensar a droga como mais um dos elementos que afetam a subjetividade das pessoas, mas não o único. A situação de vida, a depressão, o uso da droga, vão produzir agenciamentos, que precisam ser considerados.

Em outro subgrupo, também comparece a situação política do país como uma grande droga. Nesse grupo aparece a figura de Eduardo Cunha⁹. Comparece também a questão do aumento da violência e os homicídios relacionados à questão da droga.

Falam ainda das últimas notícias de corrupção no programa Bolsa família, de pessoas que não precisam e se apropriam do benefício, reforçando a necessidade de novo cadastramento para evitar fraudes.

Outro participante diz também da impunidade presente no Brasil, dizendo que político nenhum é preso aqui. Fala também que em países como Estados Unidos e a França, o voto não é obrigatório e em seguida reforça contando uma história que o problema é que falta Deus no coração das pessoas.

Outro participante fala da diferenciação da prisão para diferentes classes sociais e o privilégio para quem tem curso superior.

Finalmente o último subgrupo relata do rombo na Petrobrás, trazendo a responsabilidade do Governo da Presidente Dilma neste processo. Neste mesmo subgrupo, **R1** fala que estamos vivendo a droga da falta de água, do racionamento e disse que quem vai sofrer mais serão os mais pobres porque não tem como

⁹ Deputado federal, presidente da Câmara dos Deputados de fevereiro de 2015 a 7 de julho de 2016. Foi um dos responsáveis pelo o processo de impeachment da presidente Dilma. Investigado e preso preventivamente pela Operação Lava Jato, por desvio de dinheiro, corrupção passiva. Fonte: Origem: Wikipédia, a enciclopédia livre.

armazenar água. Uma pessoa do grupo fala da culpa das pessoas pelo desperdício e outra do problema das grandes indústrias.

O usuário **F** lembra dos movimentos de 2013 que fizeram um impeachment da Dilma pelos senadores e não pelo povo. Diz que se fizessem outra eleição talvez ela não perdesse o mandato, pois foi eleita.

No processo da atividade, relatos já mostravam que os participantes, como os demais sujeitos deste país, estão impregnados de uma demonização da política e particularmente do partido dos trabalhadores. Convidados a expressar suas ideias sobre drogas, eles as trazem veiculadas pela mídia, da droga da política, encabeçada pela figura da presidente Dilma Rousseff.

Associam drogas com tudo que é ruim, que tira a oportunidade e a vida das pessoas. As conversas e as discussões que foram travadas ali pareciam ser comuns a quaisquer grupos ou outros coletivos atravessados pelo consumo de uma mídia que não contribui para os debates ou amplia as discussões.

Cabe ressaltar que fomos afetados pelas notícias veiculadas de forma seletiva e com as perseguições feitas a um determinado partido e a forma como a imprensa desempenha um papel fundamental de disseminar a guerra ao PT, semelhante como o faz com a política de guerra às drogas. Essas notícias nos afetaram e nos afetam das mais diversas formas e nos nossos modos de subjetivação, todos e todas envolvidos nesta pesquisa. Paradoxalmente, a partir destas narrativas, experimentamos os efeitos de ilusão, de torpor e de alienação de uma mídia hegemônica. Não seria ela uma autêntica droga?

Drogas ilícitas x drogas ilícitas

Ao trabalharem suas ideias sobre esta questão com o Questionário de crenças (APENDICE A): **As drogas ilegais são mais perigosas que as drogas legais.** Das 14 pessoas que estavam presentes neste momento, três disseram concordar e 11 disseram discordar.

A6 foi um dos que primeiro pediu a palavra. Falou com muita convicção que estudos mostram que o álcool e o tabaco matam muito mais que drogas que são ilegais e que existem pesquisas que comprovam esta afirmação. Disse que aprendeu isto num curso que fez pelo CEPAD, de Centro de Estudos e Pesquisa sobre Álcool e outras Drogas, ligado à Universidade Federal do Espírito Santo:

[...] discordo porque eu mesmo quando comecei a usar mais o álcool, senti isso. E também se não me engano, pesquisa do MS fala que o álcool e o cigarro matam mais que as outras drogas. No passado, há uns quinze anos atrás havia muitas mortes por overdose com o uso de cocaína, mas com o trabalho de Redução de Danos isso melhorou bastante. Isso no Brasil, porque em outros países tem muitas mortes por uso da heroína, que não é nosso caso aqui.

Este usuário é uma voz dissonante no grupo, pois expressa suas ideias sobre drogas na direção do paradigma da redução de danos. Faz questão de ressaltar que o curso que fez pelo CEPAD o ajudou a pensar assim.

S2 pede a palavra já questionando algumas drogas serem ilegais e cita a maconha como sendo liberada. Quando ressaltamos que estamos falando do Brasil, S2 relata episódio que ocorreu com ela na Praia do Canto, bairro de classe média alta de Vitória, quando foi abordada por policiais e estava com maconha. Os policiais fizeram abordagem, perguntaram o que trazia consigo e ela disse que não teve como mentir. Neste momento, achava que ia levar a maior surra, os policiais não recolheram a droga e disseram apenas para tomar cuidado. Disse ter ficado muito surpresa com isso.

No relato **de S2** podemos refletir certa tolerância da guarda municipal com relação à maconha.

Neste episódio podemos citar Bugierman (2011) quando faz a diferenciação sobre leis e sistemas. No Brasil a lei diz que há drogas legais, como tabaco, o álcool e as substâncias psicoativas da indústria farmacêutica, e ilegais, como a maconha, a cocaína, o ópio e seus derivados. Já o sistema é bem maior que isso, para além do que está no papel, e as drogas ilegais se encontram disponíveis para muitas pessoas, com acesso muito facilitado. Fala ainda que amigos de policiais

conseguem comprar maconha por preço bem razoável já que eles têm acesso a drogas apreendidas.

F concordou que as drogas ilegais são mais perigosas usando o argumento que por serem ilegais, as pessoas correm riscos de serem presas, fazem uso escondido e o acesso é mais difícil e por isto é mais perigosa.

Importante diferenciar a ideia do perigo com relação aos danos provocados pelo uso das drogas. Os antiproibicionistas alegam que o perigo está associado pelo fato de ser ilegal e não tanto pelos danos causados pela substância em si.

A criminalização e os diversos conflitos atribuídos às drogas refletem a questão da desigualdade social e os diversos problemas advindos deste processo, como a violência, desemprego e a falta de acesso à educação, cultura, lazer e outras oportunidades. A questão da exclusão social é escamoteada sob a justificativa do uso e do tráfico de drogas, sendo que a violência e a criminalização oriunda deste processo atinge principalmente jovens, negros e pobres. O contexto e a forma como a droga são consumidas se constituem no maior perigo, e não a substância em si (BOKANY, 2015).

A5 diz que o cigarro e o álcool são comprados livremente e as outras não. O álcool é o mais devastador, são mais perigosos.

F traz a ideia que as ilegais são as mais perigosas porque ao buscar pelas drogas você pode ser preso e corre mais riscos, reafirmando seu argumento acima.

O usuário **E** afirma que independente de serem legais ou ilegais causa dependência. **E** fala: “droga é droga, gera dependência. O álcool e o cigarro são liberados. E questiona porque umas são liberadas e outras não”.

As falas dos participantes refletem o que é apregoadado pela mídia o tempo todo quanto à epidemia do crack e seu efeito devastador. Interessante que as próprias experiências são desconsideradas em função dos efeitos midiáticos. Muitos deles fazem uso de crack há alguns anos, desconstruindo mitos passados pelas mídias, e

também pelo resultado da pesquisa da Fiocruz (BASTOS, 2014) que afirma que a média de uso do crack é em torno de sete anos, e em condições de vulnerabilidade.

JN relata que as drogas destruíram sua vida. Concorde que as ilegais são mais perigosas, pois com o crack as pessoas perdem a vida.

R1 relata que as drogas legais são mais perigosas, pois tem o excesso de “essência”, seriam mais puras. Outras drogas, as ilegais, são mais misturadas, mas que as drogas são negativas do seu ponto de vista.

S1 discorda que as drogas ilegais são mais perigosas, alegando que com relação às drogas legais as pessoas têm muito acesso e por isso são mais perigosas. Afirma que desde os primórdios as pessoas fumavam e bebiam. “Usar uma vez ao dia não vai te matar. O problema é o excesso. As drogas legais são mais fáceis de achar.” Comentou que caminhando na praia com sua filha se espantou vendo as pessoas usando e bebendo livremente suas garrafas de cachaça.

Nesta fala de **S1** comparecem algumas contradições e paradoxos. Quando fala que o perigo está no acesso, parece indicar o caminho do proibicionismo. Porém logo em seguida afirma que as drogas estão presentes desde os primórdios da humanidade e que o problema é o excesso, sugerindo indicar o caminho do cuidado de si e do paradigma da redução de danos.

S2 fala que as drogas mais pesadas matam mais na sua opinião, referindo-se às mais pesadas, as ilegais, tais como crack.

A fala de **A5** reflete o pensamento reforçado pela mídia de “um mundo sem drogas” e defendeu a proibição de todas: “Essas drogas não acabam, elas vem do Paraguai. Perguntam por que não proíbem o álcool?”.

Neste momento, comentamos sobre o período da Lei Seca nos Estados Unidos, falamos de Al Capone, porque o álcool era proibido. Esclarecemos que fatores culturais e econômicos interferem no fato de que algumas drogas serem lícitas e outras não.

O usuário **R1** afirmou: “O álcool não acaba não”

Com a intenção de problematizarmos a questão e considerando muitos usuários católicos e evangélicos, lembramos que a bíblia relata que Jesus transformou a água em vinho.

Prontamente **A2** contesta dizendo que neste milagre de Jesus, o vinho era suco de uva, mostrando-se um pouco incomodado por isso.

Daremos um destaque logo mais adiante para a influência da religião nos modos de subjetivação dos usuários em função de ter comparecido muitas vezes nas narrativas dos participantes.

O que pensam sobre a questão da legalização das drogas

Em um dos nossos momentos iniciais destes encontros, quando fizemos o convite para participar da pesquisa, uma profissional que nos acompanhava relata que nas conversas com os usuários têm comparecido comentários relacionados a muitas propagandas sobre a maconha e alguns até questionam haver certa apologia. Diz que alguns deles se contrapõem à legalização, principalmente, os que estão trabalhando, argumentando que a maconha deixa o corpo indolente, que não produzem de forma satisfatória e que gera do ganho de peso, pois abre muito o apetite.

Este comentário e outras falas sugerem que as discussões envolvendo a questão da descriminalização, legalização das drogas são tabus para os usuários e entre os próprios técnicos do serviço. Esta fala também nos remete aos nossos momentos no trabalho do CAPSII da Ilha quando os usuários desse serviço, principalmente as mulheres, falavam dos seus desconfortos com relação ao ganho de peso causado pelas medicações e algumas delas colocavam resistência em tomar tal medicação. Paradoxalmente, nesse serviço, os técnicos ficavam indignados com esta resistência.

Os profissionais no CAPS AD aparentavam dificuldades de acolher usuários que chegavam “drogados” e no CAPS a dificuldade estava em acolher os que se recusavam em tomar medicação. Por motivos opostos, nos parece que os profissionais de ambos os serviços reforçam o lugar central que as drogas/remédios ocupam no cuidado a estes usuários. Essas atitudes e comportamentos colocam em questão e em cheque os paradigmas da Atenção Psicossocial/Redução de Danos x Paradigma Asilar/Abstinência. Abordaremos adiante o acolhimento na perspectiva da atenção psicossocial/redução de danos quando falarmos da questão do Cuidado.

A usuária **S3** traz a reflexão quanto ao aumento da arrecadação por parte do governo caso as drogas fossem legalizadas:

[...] todos sabem que a gente consome roupas, nós pagamos impostos. A bebida e o cigarro nós pagamos impostos sobre estes produtos. Legalizando a maconha ela passa por um processo de vigilância. Se fosse legalizada, o governo ia receber mais imposto sobre isso.

O usuário **E** traz a ideia que o governo não tem interesse de legalizar (entendendo, controlar as drogas) porque as pessoas consumindo drogas tem dificuldades de aprender:

[...] quanto mais você consumir drogas, você não vai aprender. O governo não tem interesse de você ficar informado, esclarecido. Se você tem um filho com capacidade maior, mais difícil você segurar ele. Você bebe, você fuma, o que você vai responder para o filho?

À medida que vamos aprofundando e tecendo nossas relações, vamos constatando a imensidão e o caleidoscópio que atravessam os percursos destas pessoas. Ao refletirmos sobre a questão dos danos e os perigos causados pelas drogas legais e ilegais, quase todos responderam que o álcool e o tabaco, que são drogas legais, são mais perigosas que as drogas ilícitas. Alguns que disseram que as ilegais são mais perigosas não se referiam propriamente à substância, mas pelo fato de serem ilegais, o acesso é perigoso. Alguns poucos, porém, reforçaram que pelo fato de serem legais, o acesso é mais fácil, o consumo é maior e chegam até sugerir também a proibição delas.

Retomamos a ideia de Bugierman (2011), para refletirmos que, mais do que pensar nos aspectos legais que envolvem a questão das drogas, é pensar como funciona este sistema. Do ponto de vista legal, há drogas legais como o tabaco, o álcool e as substâncias psicoativas da indústria farmacêutica e do outro lado, as ilegais, como a maconha, a cocaína, o ópio e seus derivados e as diversas drogas sintéticas.

A realidade nos mostra que o acesso às drogas é muito facilitado e o tráfico utiliza jovens e crianças para o trabalho de rua, e estes se tornam dependentes cada vez mais cedo. Comunidades inteiras são dominadas pelos traficantes e pelos policiais que de um forma ou de outra, fazem parte deste negócio, mais vantajoso do que a remuneração destes profissionais (BUGIERMAN, 2011).

Segundo este autor, o sistema é muito mais importante que a lei, pois estudos mostram que esta tem efeito insignificante na decisão de usar ou não determinada droga. O que importa é o sistema e o atual na realidade brasileira é favorável para os grandes traficantes, os políticos e os fabricantes de armas. “Num sistema gerado por leis que proíbem tudo, ninguém regula nada”. (BUGIERMAN, 2011, p.9).

Essas narrativas reafirmam que as abordagens midiáticas sobre as drogas, em particular o crack no Brasil, encobrem a questão das classes sociais, generaliza e reproduz uma visão ideológica burguesa, meritocrática e liberal, cujo debate de intolerância e policialesco é transformado no falso combate à substância (RODRIGUES, 2012).

As ideias destes autores e de tantos outros citados neste trabalho, compartilhadas por nós, nos leva a refletir e contribuir com outras formas de se pensar o uso de drogas pela nossa sociedade e as diversas implicações que isso possa disparar. O uso de drogas envolve as singularidades de um contexto e de pessoas, conforme abordaremos em seguida.

Nas narrativas, considerando as experiências quanto ao uso das drogas, observamos que as construções midiáticas, ancoradas na política proibicionista e no imaginário social produz efeitos que afetam estas pessoas. Produzir outros discursos e narrativas sobre os diferentes usos das drogas nos diversos contextos e

seus efeitos, a questão da descriminalização do usuário de drogas e sua legalização, são importantes para a desconstrução da demonização e da ilusão de pensar um mundo livre das drogas.

5.2. OLHARES E IDEIAS SOBRE PESSOAS QUE USAM DROGAS

Iniciamos este percurso com Nery (2011) ao fazer uma trajetória do uso de drogas pelos humanos. A noção de “ser humano”, diferente dos demais seres, é analisada a partir de sua capacidade de pensar- simbolizar- e da linguagem, entrelaçados e indissociáveis. “O reconhecimento e o sentido da nossa mortalidade e finitude nos gera angústia e sofrimento e o que nos resta diante disto, questiona o autor” (NERY, 2011, p.20).

A experimentação pelos humanos de frutas com possível presença de etanol ou de moléculas de propriedades químicas produziram efeito depressor do sistema nervoso central e a respectiva alteração da percepção de si mesmo e do mundo exterior. Finalmente a dor de ser humano era aplacada e os humanos foram construindo sua história. Nesta ideia, o autor aponta que os humanos usam drogas porque se tornaram humanos (NERY, 2011).

A partir disso, ele coloca duas outras dimensões- a dimensão social e a da própria substância. Neste aspecto, Nery (2011) nos aponta que:

[...] cada humano consumirá essa ou aquela droga, na medida de suas necessidades subjetivas e sociais. Não são as drogas que fazem os humanos – já foi dito; são os humanos que fazem as drogas ou, se dissermos de outro modo, em função dos buracos/faltas que constituem a estrutura de nossas histórias. Alguns de nossos filhos terão pequenos espaços para as drogas em suas vidas; outros filhos nossos encontrarão mais facilmente nas drogas a possibilidade de suportar o horror da exclusão pelo nascimento. Entre uma história e outra, há todas as possibilidades – a vida é mobile. Nossos nascimentos não são garantias inelutáveis de destino, mas portam a semente do que poderemos ser.

O uso de substâncias acompanha o homem na sua existência e na sua história. Raros os que não tiveram contato com alguma substância, vegetal, animal ou sintética com alguma molécula psicoativa. Experiência iniciada há milhares de anos.

Na contemporaneidade, o consumo de substâncias é praticado por todos os cidadãos da cultura ocidental (FILEV, 2008).

Os motivos como Nery assinalou os mais diversos, múltiplos e complexos, assim como a natureza humana e a as diferentes formas de sociabilidade, que vão desde a busca do prazer, o alívio das tensões, preocupações ou estresse, expansão da consciência ou transgressão. A maioria das pessoas que fazem os mais diversos usos e pelos diversos motivos não se torna dependente (FILEV, 2008).

O mito do paradigma proibicionista defende que a ilicitude de algumas substâncias responde exclusivamente a critérios de saúde. Esta apreensão mistificadora desconsidera padrões de consumo, contextos de usos, condições sociais de saúde e sociais dos usuários, todos fundamentais para dimensionar danos à saúde e sociais decorrentes do consumo das diferentes substâncias psicoativas (BRITES, 2008).

Uso recreativo, abusivo ou dependente

A Classificação Internacional de Doenças (CID10) considera como uso nocivo da substância psicoativa quando este uso contribui para o dano físico ou psicológico, incluindo o comprometimento do julgamento com padrão persistente de pelo menos um mês ou repetições de uso dentro de um período de 12 meses. A dependência refere-se ao uso contínuo (sempre) ou periódico (frequentemente), sem controle e aparece como física, (síndrome de abstinência, sintomas da ausência do produto) e psicológica, mal-estar e desconforto com interrupção do consumo, sendo os sintomas comuns ansiedade, sensação de vazio, dificuldade de concentração, que podem variar de pessoa para pessoa (OMS, 1993).

Considera-se consenso na área médica, que o que identifica se o usuário é dependente de drogas é a forma como incorpora este uso no seu cotidiano. O consumo esporádico de drogas com nenhum ou pouco impacto sobre sua saúde é identificado como experimentador. O usuário que utiliza drogas repetidas vezes, que tem o controle sobre este uso e onde não há ocorrência de alterações nas funções orgânicas, psicológicas e sociais, é identificado como usuário social ou recreativo.

Quando a utilização das drogas extrapola valores médicos e culturais aceitos referentes à quantidade, frequência de uso e forma de ser administrado, a pessoa tem recorrentes intoxicações com diversos prejuízos físicos, psicológicos ou sociais, considera-se o uso abusivo ou nocivo (ALARCON, 2012).

Para o diagnóstico da dependência química deve-se observar um conjunto de sintomas comportamentais, cognitivos e fisiológicos, buscando analisar o padrão de uso deste usuário. Este comportamento diz respeito ao uso da substância acima do pretendido e o tempo gasto para a recuperação dos efeitos. Observa-se ainda uma importante disfunção social, com perda das atividades ocupacionais, econômicas e afetivas e a manutenção do uso da substância, apesar destas perdas (ALARCON, 2012).

Alarcon (2012), alerta que para haver benefício na utilização destes critérios, deve-se combater a tendência de simplificar a diversidade que compõe uma subjetividade a algo invariável, imutável, unívoco, levando que acreditemos que o usuário de drogas não seja nada além de um “drogado”.

Aprofundaremos esta questão, mais adiante quando falarmos do cuidado a estas pessoas. Para iniciar nossas análises sobre esta questão do ponto de vista dos participantes da pesquisa, consideramos importante relatar nosso encontro com um usuário que estava na recepção do CAPS ADIII no primeiro dia que acessamos este serviço para falar sobre nossa pesquisa. Este encontro disparou algumas reflexões e impactos nos profissionais dos nossos serviços de atenção psicossocial.

Na chegada, logo na recepção já um encontro inusitado. Um rapaz, aguardando para ser atendido, fez um comentário de que está todo mundo viciado em celular, observando-nos, que, eu e os vigilantes fazíamos uso do nosso. Dou razão a ele e tento me justificar, dizendo que aproveito para me informar sobre os acontecimentos e aí iniciamos uma conversa, lembrei-me neste momento das abordagens que fazia com possíveis dependentes de drogas na empresa em que eu trabalhava, quanto aos mecanismos de defesa utilizados.

Este fato nos fez recordar de um encontro com Lancetti em uma das nossas supervisões no CAPS II da Ilha em 2012, quando ele falou do seu incômodo com a postura de diversos profissionais do grupo com o uso do celular e ele bem ao seu estilo de apontar o dedo na ferida: “vocês falam tanto dos usuários de drogas, mas vocês estão parecendo adolescentes e dependentes desta droga”.

Ainda neste mesmo dia no CAPS AD, ao falarmos sobre nossa pesquisa sobre a questão do uso de drogas da intenção e o convite para nossos encontros, nos deparamos com alguns embates. Ao falarmos sobre o preconceito e da criminalização sofrida pelos usuários de drogas, uma das participantes se exaltou e disse que isso não tinha nada a ver com ela, pois é dependente do álcool, não usa drogas e que não lhe diz respeito, “pois não é criminosa”. Disse ainda que a polícia só prende traficante, que procurou o serviço por conta própria porque quer parar de beber e que o serviço a acolheu. Outro usuário ressaltou que não é bem assim, fez analogia de quem compra um produto roubado também comete crime e discordou que a polícia só prende traficante. Disse ainda que responde a processo na justiça e não é traficante.

Esse embate inicial revelou alguns possíveis desencontros no serviço quanto à certa divisão e categorização por parte dos próprios usuários e usuárias de quem usa droga lícita e ilícitas. Desencontros que dão pistas para os efeitos produzidos pela mídia e as ideias circulantes pelo senso comum e da desinformação.

Este fato nos fez recordar novamente o período do trabalho no CAPS II e a relação dos usuários com transtorno mental com os usuários do CAPS AD. Os dois CAPS localizam-se bem próximos um do outro, e os usuários tinham preconceitos entre si. Os usuários do CAPS AD se reportavam aos usuários do CAPS II como “malucos” e os usuários dos CAPS II se referiam aos usuários do CAPS Ad como “drogados”. Ambas referências carregadas de preconceitos e estigmas, alimentados pelo senso comum e pela mídia. Esta divisão também era sentida e vivenciada entre os profissionais.

A questão da aceitação das diferenças e do respeito a singularidades são aspectos fundamentais para o trabalho dos Caps. Esta relação foi melhorada por ocasião de

uma tentativa de uma associação de geração de renda entre os usuários de saúde mental do município, que infelizmente não foi adiante. Foi também motivo de algumas reuniões entre os serviços para melhorar essa relação, pois interferia e provavelmente continua interferindo quando o usuário tinha associado a questão da dependência de drogas e um transtorno grave ligado à psicose.

Estas situações já apontam para pistas importantes no sentido de trabalharmos e aprofundarmos sobre a questão do uso, abuso e dependência das diversas drogas nos CAPS, nos demais serviços de atenção psicossocial e até mesmo na rede intersetorial, tanto com os usuários quanto aos profissionais. Aponta-nos ainda para a questão básica do princípio da atenção psicossocial, que é olhar o sujeito para além do seu sintoma, sua doença, tão bem sinalizado por Basaglia (1981).

Para Basaglia, a psiquiatria colocou o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença. Este propõe uma inversão e coloca a doença entre parênteses para ser possível lidar com o sujeito. Isto não significa a negação de que exista algo que produza dor, sofrimento, mas à recusa à aceitação da completa capacidade do saber psiquiátrico em explicar o fenômeno loucura/sofrimento psíquico (TORRE, 2001).

Nosso entendimento é que esta ideia central referente aos loucos, também se reveste de muito sentido no cuidado aos usuários dependentes de álcool e outras drogas.

Questionamentos sobre o que causa a dependência

Nas discussões sobre esta questão, comparece a preocupação de algumas pessoas quanto às causas da dependência de drogas. Nas suas falas remetem seus questionamentos aos “especialistas”, reproduzindo a ideia biologista da busca de um diagnóstico e da cura para seus problemas.

E nos pergunta a partir de nossa experiência o que leva as pessoas a se tornarem dependentes?”. Respondemos que provavelmente eles têm muito mais experiência

a falar sobre isso, mas que provavelmente cada um tem uma história diferente que provoca tais situações de sofrimento e é sobre estas questões que se deve nortear o cuidado no CAPS AD.

A questão da genética e da hereditariedade são muito reforçadas no paradigma da abstinência e comparecem diversas vezes nas narrativas, reforçando a dependência como doença.

Uma usuária nos faz este questionamento, se a dependência tinha a questão genética ou se a gente herdava. Imediatamente outra usuária diz acreditar que sim, pois sua mãe era dependente e seu pai também. Uma outra usuária, **S2**, complementa: “Uma vez viciado vai ser sempre viciado, não existe ex-viciado. Se você usar novamente, volta tudo novamente. É uma doença. Aprendi isso, você será propenso a usar novamente.”

S3 traz a questão que o problema não está na droga, mas na forma como é utilizada:

[...] o problema maior é a quantidade que se usa. Por exemplo, sou dependente de remédio. Tomo meu remédio e sou outra pessoa quando tomo meu remédio. Não vou falar de drogas ilícitas. O remédio eu tomo dentro da dosagem, mas o álcool eu não tenho uma dosagem. Infelizmente, nós usuários, nós não temos limite e extravasamos. O problema maior é na quantidade.

Na fala de **S3** aparece a ideia do cuidado de si, não tratando a droga como um mal em si, mas como a pessoa consegue lidar com ela, independente de serem lícitas ou ilícitas.

O usuário **R1** problematiza a questão dos problemas enfrentados junto ao INSS: “Para nós a gente é doente. Mas o INSS não reconhece como doença”

Reafirma, porém, a ideia de força-de-vontade: “O negócio é atitude e personalidade. Fiquei internado por um ano e saí fui direto para um boteco”.

O paradigma da abstinência ao considerar a questão da doença provoca a ideia de fatalismo e da negatividade. Os conceitos disseminados da dependência como

progressiva, incurável e fatal, ao mesmo tempo em que adquire uma carga monumental sobre os sujeitos, reforçam sua impotência diante da sua vida.

Recordamo-nos de um momento em que eu e meu pai acompanhamos minha mãe a uma consulta a um geriatra. A resposta do geriatra para minha mãe quando ela fala do seu sofrimento e das “coisas inexplicáveis que sentia” fez um efeito devastador sobre seu cuidado, principalmente em meu pai, que levou ao pé da letra: “Infelizmente a senhora tem doenças incuráveis, ingratas e crônicas [referindo-se à diabetes e ao Parkinson] e a senhora tem que conviver com isso”. Meu pai recebeu esta notícia como algo fatalista e de aceitação com pouca coisa a se fazer. Repetia isso sempre quando pensávamos em algumas alternativas para aliviar o sofrimento de minha mãe.

Refletimos que o paradigma da abstinência parece fazer efeitos similares sobre os sujeitos e suas famílias, ao reafirmar a ideia de doença progressiva, incurável e fatal (ALCOÓLICOS ANÔNIMOS, 1996).

Usuário/dependente como caso de polícia. Usuário/dependente como alguém que faz besteiras na vida. A desqualificação do usuário/dependente de drogas.

Ainda no começo dos nossos encontros, **JC** pergunta se eu sabia se a Clínica Santa Angélica ainda funcionava. Respondemos a ele que não, que havia fechado desde 1995. Ele lamentou, disse que passou por lá e que acha que deixou uns documentos para trás. Relata um episódio de uma briga em que se envolveu, que acionaram a polícia, bateram nele e o levaram-no para a delegacia. Depois ele ficou internado na Clínica Santa Angélica por algum tempo.

Informamos que o fechamento desta clínica se deu devido a denúncias de maus tratos e também por ser manicomial.

Comparece nas narrativas um sentimento de baixo-estima e de desqualificação quando falam de si, reforçados pelos familiares. A ida para as clínicas levados pelos policiais reforçam a ideia e a associação com badernas e criminalização.

R2 diz que já fez muitas besteiras na vida, veio do Rio de Janeiro para Vitória para tentar mudar de vida, mas não adiantou muito, mas está tentando ter uma vida melhor. Fala do filho com carinho.

Ao narrar suas histórias, os participantes referem-se a um passado carregado de coisas negativas por serem dependentes de drogas.

Comparece também a problemática com relação a situação de ser mulher e a vulnerabilidade e a forma como estas são expostas a questão do tráfico. O trecho seguinte ilustra isso muito bem:

S2 pede a palavra. Inicia sua fala e em seguida à fala de **A3**, que disse não ter se prostituído. **S2** fala que as pessoas não tem ideia, ao ver uma pessoa, mulher, com aparência frágil, das coisas que já fez. Conta que já se prostituiu, traficou drogas e até manteve armas sob seu domínio, que a estratégia deste mundo é usar pessoas com aparência de frágil. Fala que é permanentemente desafiada a continuar neste caminho, mas diz querer mudar de vida. Esta semana mesmo foi convidada a vender drogas.

Ela diz que as coisas não são o que parece ser, parecia que ela estava adivinhando nossos pensamentos, pois expressava exatamente a imagem que estávamos fazendo dela, principalmente de fragilidade e passividade. Além da questão do uso de substâncias psicoativas, entendemos que há uma questão maior que envolve estas mulheres, colocando-as em maior vulnerabilidade social face a uma sociedade patriarcal.

A vulnerabilidade também se faz presente no envolvimento delas com o tráfico. O aumento considerável de mulheres presas em função do tráfico, se explica, em parte pelas funções subalternas que estas exercem na escala hierárquica desta organização, tornando-se mais facilmente presas. “Estas funções vão desde às figuras de “bucha”(pessoa presente na cena onde são efetuadas as prisões),”mula”(transportadora da droga), “vapor”(negocia pequenas quantidades no varejo, “cumplíce” (SOARES & ILGENTRIZ apud SOUZA, 2009, p.655).

Devido à imagem estereotipada da mulher, vista como dócil e incapaz de cometer crimes, por muito tempo associou-se a ela tão somente a prática de delitos passionais ou daqueles chamados crimes contra a maternidade (aborto e infanticídio) (SOUZA, 2009). Majoritariamente, as estatísticas indicam que as mulheres estão sendo encarceradas pelo cometimento de crimes contra o patrimônio e de crimes ligados ao tráfico de drogas. Conforme dados do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), 60% da população carcerária feminina encontram-se presa em razão de tráfico nacional de drogas. (DEPEN, 2010).

Nesta relação com o tráfico, as mulheres atuam como coadjuvantes, mantendo sua histórica posição subalterna e circunscrevendo-se quase sempre às funções mais desprestigiadas hierarquicamente, e porque não dizer, mais vulneráveis à prisão (BASTOS, 2009).

S2 fala ainda da importância do acolhimento de pessoas que estão na rua, que sempre tem uma humanidade presente nestas pessoas. Sua fala nos fez recordar de Levi (1988), quando relata sua amizade com uma pessoa no campo de concentração e vê o humano presente neste e que provoca e desperta em si também sua humanidade.

JC, muito falante desde nosso primeiro encontro, relata não saber a história do seu nome, mas seu pai também tinha como primeiro nome J. Disse que apesar de dizerem mal de Zé (referindo-se à expressão “Zé Ninguém”), fala que gosta do seu nome, porque lembra o de seu pai, apesar de não ser como ele e se intitulou como “a ovelha negra da família”. Perdeu a mãe há uns oito anos e o pai há uns quatro meses, mas que quer dar orgulho a ele. Disse já ter feito muita besteira na vida. JC Tem histórico de muitas internações na sua trajetória de vida, várias vezes na Clínica Santa Angélica., dizendo inclusive que fugiu de lá uma vez.

Ao assistirem o filme “Crack!, Crack?”, possibilitou algumas reflexões com relação aos diversos tipos de dependência. A fala de uma usuária traz reflexões importantes nesta questão: “Tem gente que é viciada em café. Tem gente que é viciada em chocolate”.

Relatam terem ouvido notícias de atropelamentos devido ao uso abusivo do celular. Falam ainda que alguns trocam de vício, largando um pelo outro. Uma delas diz que tem gente que faz loucura para ver um show.

Mais uma vez comparece em algumas falas que a questão para o problema não é a droga em si, mas a dose.

E fala: “Tudo demais é um vício”.

Comparece também a problemática da medicalização da vida, referindo-se ao excesso de medicamentos usados pelas pessoas, quando falam que a farmácia é uma droga e que tem muita gente viciada em remédios.

Referindo-se ao Questionário de Crenças (APÊNDICE A) sobre a questão: **Todas as pessoas que usam drogas são dependentes e precisam de tratamento**, duas pessoas discordaram, o restante concordou. Vejamos os argumentos:

A6 discorda, argumentando:

[...] existem 3 tipos: usuários, dependentes e compulsivos que havia aprendido no curso que fez no CEPAD. Usuários são aquelas pessoas que usam e levam suas vidas normalmente, trabalham, estudam. Dependentes são aquelas que tem problemas quando ficam sem a droga e compulsivas vivem em função da droga.

A fala de **A6** mais uma vez revela de uma forma diferenciada no grupo e faz questão de lembrar que aprendeu isso num curso que fez.

A4 diz que concorda, dizendo que todos precisam de tratamento como ela precisou. Fala ainda que chegou ao fundo do poço e que não estava se suportando. Então alguém a internou, pois quando precisou, bateu na porta. Disse que está bem há uma semana que estava ali, reforçando que todo mundo que usa drogas precisa de tratamento.

Alguns usuários, no entanto, apesar de dizerem concordar com esta afirmativa, trazem algumas situações que sinalizam que algumas pessoas usam drogas e não ficam dependentes. Ressaltam ainda que pessoas dependentes precisam de tratamento.

Nas narrativas comparecem, sem se darem conta, a questão da singularidade dos sujeitos.

F apesar de concordar, reconhece que muitas vezes tem pessoas que param de uma vez e não usam mais. Fala que pessoas que são viciadas dependem do tratamento, pois ficam um ano, dois anos na casa de recuperação, voltam tudo. Algumas não fazem tratamento e param.

Continuando sua fala, **F** relata sua história e o drama vivido pela dependência de várias pessoas da família, relatando a perda da irmã recentemente pelas complicações do uso:

[...] comecei tomar a pedra do nada. O amigo do meu irmão sempre ia lá. Fumei a maconha. Eles chegaram lá e me deram maconha misturada com crack. Senti um negócio diferente. Consegui parar por dois meses, depois voltei pior. Cada vez que você volta é pior. Minha irmã estava bebendo muito. Minha irmã morreu semana passada, fumava crack, tinha pneumonia, morreu aos quarenta anos. No dia do aniversário dela. Eu tenho 39.

Outro usuário, **E** concorda com a afirmativa que todos que usam drogas são dependentes, mas que o processo de aceitar o tratamento é de cada um:

[...] concordo, pois as pessoas conseguem tratamento, alguém tenta ajudar, mas ela tá num grau tão dependente que não aceita ajuda. Algumas pessoas se recusam a se tratar e pede que os outros deixem a sua vida e que cada um cuide da sua. Se conselho fosse bom não se dava, vendia. Algumas precisam e não aceitam o tratamento.

JN diz concordar e justifica: “A gente precisa do tratamento. Consegui ficar seis meses sem usar e depois voltou tudo de novo. A abstinência começou a bater forte e ficou difícil.”

A3, assim como **A6**, discorda com a frase “que todos que usam drogas são dependentes”, dizendo que tem provas vivas que existem pessoas que podem e outras que não podem usar:

[...] existem pessoas que tem predisposição à droga e outras não. Umas se apaixonam e outras não. Experimentei o crack, não gostei. Isso foi há muitos anos atrás. Agora no final, muitos amigos usando isso depois e isto foi alimentando. Tenho uma predisposição ao uso de droga. É um assunto muito relativo e tem dois lados. Diz ser um assunto muito complexo. Tem alguns que morrem por causa por álcool, pelo cigarro, por câncer. Minha mãe morreu por causa do cigarro. Quando você está usando droga e não está atrapalhando sua vida não tem problema. Mas quando você usa e te prejudica aí você deva se tratar. Se não está te complicando em nada, embora duvido disso.

Outros, apesar de concordarem com a afirmativa, no argumento afirmam que alguns usam e levam suas vidas normalmente. Alguns usuários falam de pessoas conhecidas que fazem uso de drogas e levam suas vidas de forma tranquila, trabalham e isso não os atrapalha no seu cotidiano. Comparecem em suas falas os princípios da redução de danos, mesmo que não tenham consciência disso.

R1 diz conhecer pessoas que trabalhavam na Tribuna, usam drogas socialmente e nas horas que elas querem depois do trabalho: “Pessoas vão usar se quiserem. As pessoas não são forçadas a usarem.”

Disse ainda que um amigo o interpelou: “Você parou de usar?” Ele respondeu que havia diminuído. Ao que o outro respondeu: “então você não parou”.

Na fala acima, percebemos que os sujeitos quando buscam alternativas e estratégias para reduzir o uso e o consumo, essas atitudes não encontram ressonância entre os amigos e em muitas vezes nem nos profissionais de saúde, pois estão impregnados da cultura da abstinência.

S1 diz concordar que todos que usam precisam do tratamento. Assim como os outros, fala a partir de sua experiência pessoal, diz que começou a usar para dar conta de algumas coisas, então começou a beber cachaça para dormir. Quando começou a não ter controle, surgiu o desespero. Afirmar que as drogas lícitas são tão pesadas quanto as ilícitas, pois são a porta de entrada diz **S1**.

S2 também diz concordar argumentando que mais cedo ou mais tarde, as pessoas começam com pouco e vão se tornando dependentes e por isto precisam do tratamento.

Um deles se utiliza do argumento do grupo que estava ali para justificar que todos que usam são dependentes, caso contrário, não estariam no Caps Ad. Reforça que precisa da droga para melhorar sua performance profissional. Reflete o desconhecimento de que tantas outras pessoas que não estão ali, estão usando drogas das mais diversas formas, lícita ou ilícitas, para melhorar sua performance profissional.

R2 diz concordar argumentando que todos ali eram iguais e estavam se tratando. Diz que se não bebesse, não conseguia trabalhar. Depois que tomava quatro ou cinco, se tornava um bom soldador. Disse que de cara limpa não conseguia trabalhar.

O uso generalizado de drogas relacionadas ao trabalho é uma questão importante a ser analisada, na ótica dos processos de trabalho na organização capitalista. Considerando a realidade, a droga pode atuar tanto como estimuladora no sentido de manter ativo o trabalhador ou trabalhadora em duplas ou triplas jornadas de trabalho, ou até mesmo para alívio do stress e do cotidiano. Drogas lícitas ou ilícitas entram neste jogo de interesses que respondem a um certo tempo, aos processos de trabalho do capitalismo, enquanto os sujeitos aumentam sua produtividade.

O uso de substâncias psicoativas é mecanismo utilizado pelo trabalhador para negar ou minimizar a percepção da realidade que o faz sofrer, diminuindo a tensão, stress e outros sintoma. Alguns autores denunciam a contradição existente entre uma visão idealizada da profissão e as condições de trabalho enfrentadas (LAURELL apud MARTINS, 2007).

S1 ao comentar o filme “Crack, repensar”, diz que tem gente que usa mas não adquire o vício, consegue trabalhar, levar sua vida. Outras já viram dependentes na primeira.

Esse comentário de **S1** já traz certa diferença quanto ao seu comentário acima, após ter assistido ao filme.

À medida que fomos passando para outras perguntas, o paradigma da abstinência e do proibicionismo comparece com maior força. **Quando perguntadas sobre se “todas as pessoas que fazem uso de drogas são dependentes e precisam de tratamento”**, apenas um discordou desta informação, trazendo inclusive a diferenciação de usuário, dependente e compulsivo. Na sua argumentação fala que muitas pessoas podem usar drogas e levarem suas vidas com toda tranquilidade e sem prejuízo.

Alguns apesar de terem afirmado que concordavam com a afirmação, falavam que conheciam pessoas que paravam de usar sem recorrer a qualquer tratamento. Muitos ao falarem deste assunto, usavam suas próprias experiências e falavam por isto que estavam no CAPS AD. Alguns não conseguiam perceber outro universo para além de suas experiências.

Usuário como criminoso/falta de caráter

Continuando as discussões a partir do questionário sobre Crenças (apêndice A), quando perguntadas sobre a questão: **Pessoas usuárias de drogas ilegais são criminosas.**

Quatro disseram concordar e nove disseram discordar desta afirmação. Uma pessoa que discordou disse que era relativa a questão e outra deixou em branco.

Sobre a questão: **Pessoas usuárias de drogas revelam falta de caráter ou sem-vergonhice** Seis pessoas concordaram, seis discordaram, incluindo uma pessoa que colocou que é relativo e duas não responderam.

Ao tecerem comentários sobre estas questões, **A5**, um dos que concordou, disse que a pessoa que comete crimes deve ser presa. Disse que algumas pessoas dizem que matam porque usaram droga e isto não se justifica. Ressaltou que a pessoa

que comete o crime tem que pagar por isso. Às vezes as pessoas justificam crimes porque estavam bêbadas e isso ele nãoconcorda.

Em seu argumento **A5** afirma que as pessoas devem ser responsabilizadas pelos seus atos e não atribuir à droga, a responsabilidade por isto.

A2. Diz que: “o usuário de droga ,qualquer tipo de droga, ele é um doente. A droga é uma doença progressiva. não concordo que a pessoa seja criminosa por isto.”

F afirma que a pessoa que usa droga não é criminosa e viciado também não.

E diz concordar que a própria pessoa se conscientize e se cuide. Discorda quanto a serem pessoas criminosas, mas que tem problemas de saúde.

Alguns, porém, assumem o estigma que lhes é imposto pela família e pela sociedade em geral, como é o caso de **JN**. Este diz que as pessoas que usam drogas tem que ser castigadas, revelam falta de caráter e são sem vergonha, mas se reconhece como um sem vergonha.

A3 discorda que quem usa drogas são criminosas, e não concorda que quem usa tem falta de caráter, pois reconhece que tem muita gente boa na rua. Diz que o problema, “ é quando bate abstinência, está na carne, tem a ver com a dependência e não com falta de caráter ou sem-vergonhice.”

R1 concorda que quem comete crimes tem que pagar e não pelo uso da droga. Concorda com a afirmação “quem usa drogas revela falta de caráter e sem-vergonhice”. Diz que seu irmão já falou inúmeras vezes para ele que já faz tratamento há dez anos e não para por falta de caráter e sem-vergonhice.

Apesar de concordar e internalizar a fala do irmão, disse ter respondido, que o irmão só parou com o uso de drogas porque se tornou diabético.

S1 discorda quanto a quem usa ser criminoso, argumentando que criminoso é quem destrói a vida e a pessoa não quer destruir a vida. Com relação a falta de caráter,

disse discordar também. Reconhece que quando a gente usa qualquer droga, a gente perde a vergonha, a gente fala mais, mas isso não é sem-vergonhice e sim os efeitos gerados pelo excesso da droga.

S2 discorda quanto a serem criminosas, mas não concorda com o fato de roubar para obter a droga. Reconhece, no entanto, que perde o caráter quando faz uso de drogas.

A6 Disse que discorda porque não é o uso em si que faz a pessoa ser criminosa. Discorda também com relação ser falta de caráter ou sem-vergonhice, pois muitos perdem o caráter e a vergonha pelos efeitos e a dependência que elas causam.

A5 diz que pessoas que usam drogas não tem moral e que tem um amigo que fuma maconha perto da filha . Que moral esta pessoa tem com a filha, pergunta ele?

A5 continua em seus argumentos:

[...] cada macaco no seu galho. Se a pessoa quer fazer alguma coisa, tem que fazer normal, com a consciência limpa, não é porque estou bêbado, que justifica tudo. Tem gente que só faz as coisas quando usa cachaça. Tem que beber para fazer besteira.

Mais uma vez, a usuária **S2** reporta a sua experiência pessoal e tudo de ruim que é ser dependente de drogas:

[...] comecei aos 18 anos de idade. Já vi muita desgraça. Uso há vinte e tantos anos. Eu acho que certas pessoas viram sem-vergonha, começam a roubar, estou cansada de ver isso. Eu vi semana passada num filme como é feita a cocaína. Três carroças de cocaína viram pouca coisa. Se as pessoas vissem isso, elas pensariam diferente.

A questão que se refere **a pessoas que usam drogas revelam falta de caráter e sem-vergonhice** merece maior análise. Comparece em muitas falas a internalização destas ideias a partir do que ouvem de suas famílias e dos amigos. Quase metade dos participantes concordaram com esta afirmação e ela nos parece que possa ter um efeito significativo sobre os modos de subjetivação, pois pode despotencializar o sujeito na sua busca e nos seus percursos de fazer novas trajetórias. A questão proibicionista reforça muito isto, pois trabalha na falta do sujeito e na ótica da moral.

Trabalhar na perspectiva da responsabilização e os efeitos que isto possa implicar nas suas vidas pode indicar outras possibilidades e caminhos.

Nos comentários sobre o documentário “Crack, repensar” houve identificação de várias cenas em que há relato dos usuários.

JC pede a palavra e começa a falar sobre sua impressão do filme falando do rapaz que trabalha na lanchonete:

[...] aquele camarada ali da lanchonete, eu comecei daquele jeito, enrolava a droga, deixava secar. Comecei com maconha, depois cocaína e crack. Quando cheguei ao crack, comecei a afundar até chegar no fundo do poço. Eu mesmo sendo funcionário da prefeitura, trabalhava e fui para rua. Usava todo dia, internei muitas vezes, não tinha vontade de ir para o serviço.

R1 questiona: “É relaxamento das pessoas? Eu usava todas as drogas, cocaína, crack, esses comprimidos de ecstasy tudo eu usei, mas não viciiei, usava por usar, mas sou viciado em cachaça”.

JN que afirma que quem usa drogas revela falta de caráter nos questionamentos anteriores, reafirma que a questão é de responsabilidade do sujeito: “ Comecei a usar aos dezoito anos. Fui internado numa clínica. Fiquei seis meses. A questão é psicológica, né. Se a pessoa quer usar, usa, se quiser pára.”

A usuária **S3** faz comentário tecendo críticas quanto à forma discriminatória com que a sociedade lida com usuários de drogas ilícitas: “Drogas, não importam lícitas ou ilícitas. Se usa uma droga lícita, como o cigarro, bebida, é normal. Se parte para uma droga ilícita, é usuário, é nóia, deixa de fazer parte da sociedade normal, e é excluído”.

Com relação ao filme “Crack, repensar”, os comentários aconteceram a partir dos relatos dos usuários no documentário. A fala dos especialistas não produzem tantos efeitos e sim a fala dos usuários e das imagens que aparecem.

A questão da dependência como uma doença é fortemente incorporada por quase todos, sendo a abstinência a forma de tratar desta doença. Possuem uma visão crítica de que a sociedade trata com discriminação e preconceito quem faz uso de drogas ilícitas.

Inevitável não trazer o cotidiano para nossas análises. Nas vésperas do Ano Novo, uma faxineira de um prédio de classe média de um dos bairros mais nobres da cidade de Vitória, Praia do Canto, foi vítima de espancamentos provocadas por um morador de 31 anos, que diz não se recordar de nada do que fez, por estar sob efeito de álcool e de cocaína, achados inclusive no interior do veículo que estava dirigindo. Esta pessoa formada em Direito e se preparando para fazer a prova da OAB, morava sozinho neste apartamento mantido pelo pai.

Nos comentários de minha família, um dos meus irmãos, reproduz o discurso da maioria da população. O sujeito é formado em direito, não se lembra de nada, porque é dependente de drogas e, portanto, um doente. Não se discute a responsabilidade do uso e as consequências desse usar drogas (lícitas ou ilícitas). O sujeito chega transtornado sob efeito de substâncias psicoativas dirigindo seu carro, espanca uma funcionária do prédio em que mora, e a questão de “ser um doente” parece encobrir outras questões.

O discurso de guerra às drogas funciona de forma seletiva para os “cidadãos de bem” em relação aos cidadãos de segunda categoria, como diz Souza (2016), a ralé. O discurso da demonização da substância parece ressoar apenas para os “cidadãos de bem”.

Lancetti (2015) nos provoca e nos instiga a refletir quanto à questão: “como se produz um usuário persistente de crack”? Para os que acreditam que é uma enfermidade cerebral e que os sujeitos perdem sua capacidade de autodeterminação e para outros que é obra do demônio, Lancetti (2015) acredita haver relação entre estas duas teorias monocausais e focadas na droga e na abstinência. Ambas reforçam a questão moral. Quanto a isto, este autor afirma categoricamente “as duas teorias são morais e para a moral, a vida é indigna de autorregulação, e completa, citando Fuganti, a vida é corrupta para a moral”.

Lancetti (2015) afirma que outros autores consideram que os sujeitos usam drogas na tentativa de fugir da dificuldade de suportar a existência em função das condições sociais, se juntam numa zona de uso e aí convivem. Outros, como Oliveinstein, já citado neste trabalho, afirmam que o toxicômano foi gerado por narcisismos mal constituídos.

Lancetti (2015) desacredita da ideia de se pensar a dependência das drogas de uma forma reducionista e por apenas uma lógica:

[...] a observação de territórios existenciais, geográficos, biografias propiciatórias e a própria subjetividade capitalística ou produção de ritornos de falta-consumo nos levam a reforçar a tese de que não existe uma causalidade única.

Torna-se flagrante que a produção de subjetividade é decisiva para entender as pessoas e sua complexidade.

Nas narrativas prevalece a ideia de que todas as pessoas que usam drogas precisam de ajuda, tomando como referências suas experiências. Parecem não pensar o uso de drogas em relação aos aspectos culturais de uma sociedade, indo ao encontro do paradigma de guerra às drogas. Alguns admitem conhecer várias pessoas que fazem uso de drogas lícitas e/ou ilícitas e conseguem levar suas vidas de forma tranquila e sem maiores problemas. Estes fatos apontam para a necessidade de se ampliar estas discussões no sentido de desmistificar o uso de drogas e de pensar nas singularidades de cada sujeito.

5.3. COMO PENSAM O CUIDADO

Moebus (2011) vai buscar em Nietzsche a concepção de uma existência trágica ou uma visão de mundo a partir de filosofia do trágico, que traz como postura ético-estética diante da vida. Nesta perspectiva, a existência é vivida intensamente com suas incontáveis ofertas de bons e maus encontros, alegrias e tristezas, começos e recomeços. O assumir a vida nestas dimensões são simbolizadas pelo apolíneo e o dionísico:

[...] o apolíneo como a vida capaz de razão, de retidão, de cálculo, de repetição, de previsão, identificação, de discernimento, coerência. O dionisíaco como a vida de desrazão, paixão, contradição, dissolução, criação, distorção, imprevisibilidade, turbidez, descontrole, sentimento, afetação (MOEBUS, 2011, p.19).

Nietzsche, contrapondo-se a uma perspectiva hegemônica, denominada por este de socratismo reinante, aposta no reencontro destas duas dimensões, pensada numa perspectiva trágica (MOEBUS, 2011).

O conceito de saúde em Nietzsche é um uma disposição de estar aberto à vida e às infinitas possibilidades que decorrem deste viver, a partir dos embates que este possa desencadear em seu processo. Conflitos e embates são formas afirmativas de viver a vida. É um estado de criação de novos sentidos e posições afirmativas diante da existência. Pode-se mostrar com saúde mesmo em uma situação de um corpo debilitado, nesta concepção (AZEREDO, 2011).

A afirmação da vida consiste numa constante luta de libertação de valores que não fazem mais sentido para nós e a renovação que dê mais leveza e a torne mais ativa. (AZEREDO, 2011).

Consideramos trazer estas ideias de Nietzsche porque entendemos que vão ao encontro de pensar o cuidado na perspectiva do paradigma da redução de danos aos usuários de drogas, uma vez que partindo da singularidade dos sujeitos e uma forma de vida que seja possível para cada um estabelecer seu modo de operar com sua vida. Outro aspecto importante é do princípio ético da autonomia do sujeito sobre seu corpo incluindo aí o consumo de substâncias psicoativas.

O paradigma da Abstinência, aliada à Política de Guerra às Drogas, estabelece um forte controle sobre os sujeitos, direcionando e orientando a seguirem regras pré-estabelecidas para todos, com fortes direcionamentos patologizantes e criminalizadores, buscando a reabilitação do dependente através de métodos homogêneos e padronizados para todos. A ideia de um “mundo sem drogas” é disseminada por todos e para todos (PECORATO, 2016).

A saúde, neste paradigma, é pensada como um conjunto de regras a serem perseguidas, num conjunto uniforme de existência, e desconsiderando os diversos modos de subjetivação (PECORATO, 2016).

Outros autores além de Nietzsche, como Canguilhem, Foucault, Agambem, Pelbart questionam a ideia de uma ideia única sobre saúde e pensada na ótica da medicina, num modelo biologista e orgânico (TEDESCO & PECORATO, 2016).

Canguilhem (2002) questiona os conceitos ligados à normalidade que colocam os que saem deste padrão como patológicos. Trabalha-se com a ideia de normatividade vital, que seria a forma como cada um busca seu jeito de viver a vida, criando e seguindo suas próprias regras. Este autor afirma que existem modos de existência e produção de saúde nas mais diversas situações.

Pelbart, a partir da obra de Canguilhem, afirma que:

[...] a vida não está preocupada só em defender-se, limitando-se às normas que ela própria instituiu em condições determinadas, mas expandir-se, enfrentando riscos e nesse enfrentamento instituindo novas normas. A saúde não é só capacidade de evitar catástrofes, mas também, a de criar novas normas arriscando a própria vida (PELBART apud TEDESCO & PECORATO, 2016, p.92).

Pensarmos o cuidado na perspectiva da Redução de Danos e da Atenção Psicossocial é pensar a saúde de uma forma mais abrangente. A saúde é pensada pela competência de produzir desvios em relação às normas reguladoras em vigência, com o objetivo de promover o aumento dos graus de liberdade para invenção de nossos modos de ser. Os critérios de saúde não estão limitados à simples sobrevivência, mas também a ampliação da vida (TEDESCO & PECORATO, 2016).

Acolhimento

Nesta concepção, “o acolhimento tem um papel fundamental para a expressão do singular e produção de desvios que permitam agenciar outra história, outras possibilidades de existência” (BENEVIDES apud SANTOS, 2016, p.73). Considerar

a particularidade e a singularidade de cada sujeito com a sua história e como este se relaciona com as drogas e acolhê-lo nesta disponibilidade de escutar o seu sofrimento tal como ele se apresenta (SANTOS, 2016).

Um dos princípios do acolhimento, é uma posição de abertura e disponibilidade ao outro considerando seu momento e com o que ele pode dar conta. A imposição de regras e disciplina pode dificultar o processo de vínculo.

Acolhimento implica vínculo e afeto, em contraposição a eficiência e eficácia. A noção de controle deve ser substituída por continência e acompanhamento (PASSOS, 2009, p.13).

Abstinência

Ao questionarmos a questão da abstinência não estamos dizendo que por si só estabeleça regras coercitivas, pois o sujeito também pode e deve ter o direito de parar de usar, se assim o quiser. A questão em jogo são as relações de poder que conferem a abstinência um dogma, no qual comparece como única meta a ser alcançada por todas as pessoas que usam drogas. Nesta concepção, desconsideram as diversas relações possíveis com as drogas e tornam todos os usuários de drogas, principalmente ilícitas, como doentes crônicos.

Abstinência x cuidado pautado na singularidade e direitos

Ao assumirmos nossa visão crítica ao paradigma da abstinência, é por entendermos que a forma como conduz e reproduz as subjetividades vão no sentido do enclausuramento da vida.

Domingues (2010) afirma que as formas padronizadas de ser e estar no mundo estabelecem modelos que enrijecem, retiram a potência de diferenciação e criatividade, de inventividade perante a vida, não permitindo sua expansão. Estes modelos não permitem a flexibilidade e outras possibilidades de existência, mas apenas a sua adesão.

Não podemos pensar o cuidado dissociado da perspectiva dos direitos humanos. Nos últimos anos, os usuários de substâncias psicoativas, em especial de crack, configuram-se como os indesejáveis da vez. Sob o pretexto e argumento de que estas pessoas não têm como decidir sobre suas vidas, utilizam-se de medidas de repressão em nome de “um cuidado” e de mecanismos de violação de direitos humanos, vinculando “tratamento” à noção de castigos e punição (BICALHO, 2013).

Formas de exclusão e modelos de “cuidado” baseado na perda da liberdade, no aprisionamentos dos sujeitos, gerando formas de violência e exclusão precisam ser problematizadas no campo dos direitos humanos (BICALHO, 2013).

O cuidado deve ser pensado como produção de subjetividade e se afirma que com a noção de direitos humanos em diversos contextos, considerando sua processualidade e construção, no cotidiano de nossas práticas e ações (BICALHO, 2013).

A perspectiva clínico-política da Redução de Danos aponta com infinitas possibilidades de caminhos e de escolhas, pensando o uso de drogas com sua complexidade e transversalidade visando a dimensão da promoção à saúde (SANTOS, 2016).

Nessa perspectiva, busca-se a desconstrução de um modelo de cura, possibilitando práticas de cuidado no sentido de deslocar o sujeito deste lugar único de “doente” para outros modos de subjetivação possíveis. Exige, portanto, criatividade e uma clínica transdisciplinar e outras formas de intervenção para além da via da medicalização e da internação psiquiátrica (SANTOS, 2016).

Assim, não se pode acolher o usuário desconectado do seu território existencial, uma vez que é nele que vigoram os fatores sociopolíticos, transformações histórias e também é nele que podem emergir as oportunidades de vida, expectativas, projetos e possibilidades (SANTOS, 2016).

Acolher o sujeito considerando seu território existencial é fundamental nesta concepção, pois é nesse que vigoram possibilidades concretas de outros caminhos possíveis.

Estas reflexões nos serviram de referência ao ouvir nossos participantes sobre como pensam o cuidado e suas outras formas de sociabilidade.

Saúde como direito

Quando perguntadas se: Pessoas usuárias tem direito à saúde como qualquer outra. Houve unanimidade nas respostas, assinalando que concordavam com esta afirmativa.

A2 reforçou que todos têm direito claro à saúde. São seres humanos e somos todos iguais. Argumento também utilizado por outras pessoas.

S1 Concorda com direito à saúde, argumentando que é direito de todos e está na constituição.

O que pensam sobre a internação/ Decisão sobre suas vidas/Internação compulsória

Ao trabalharmos a temática do cuidado, trouxemos a questão da internação como um tema a ser problematizado.

O usuário **JC** ao falar de suas inúmeras internações na Clínica Santa Angélica, fechada em 1995, devido a denúncias de maus tratos e a péssimas condições, conforme já relatado no início, nos remeteram às nossas lembranças da Clínica Santa Angélica, em um passado, nem tão distante assim. Alguns empregados da empresa em que trabalhávamos como assistente social ficaram internados nesta clínica. Em nossas visitas a esses constatávamos o inferno a que eram submetidas essas pessoas.

Em vários momentos dos relatos fomos afetadas pela emoção de fazer parte de um SUS, que embora ameaçado, se dispõe em acolher e cuidar do sofrimento das pessoas, nos sentimos felizes por isso e reafirmadas pela crença de que os serviços precisam estar abertos a qualquer hora e a qualquer momento. Mais do que serviços, pensar e reafirmar o trabalho em rede. O simples fato de estarmos ali, discutindo e dialogando, em roda, com pessoas usuárias de drogas, situações do cotidiano de um CAPS AD, já sinalizam um grande avanço no campo do cuidado e dos direitos humanos.

Quando perguntadas sobre a questão: **pessoas usuárias de drogas só podem ser ajudadas quando aceitam ser internadas**, seis pessoas disseram concordar com esta afirmativa. Sete disseram discordar e duas não responderam.

R1 diz que as pessoas precisam ser ajudadas e tem diversas formas, como abordagem de rua. Relata que quando iniciou o tratamento a doutora queria interná-lo na Clínica Santa Izabel, depois o encaminhou para aqui, no CAPS AD. Chegaram até falar em ficar no acolhimento noturno- 24 horas, mas que era muito peralta e não o aceitaram. Diz também ter seus afazeres em casa e que quanto às drogas ilícitas, está dando um tempo. Reduziu o álcool, mas não conseguiu parar. Diz concordar com a última questão que fala sobre a diminuição do uso.

A conversa **R1** traz reflexões importantes. Fala da importância de se oferecer ajuda nas mais diversas situações, reportando-se à Abordagem de Rua. Fala também da sensibilidade de quem lhe ofertou ajuda em pensar no que seria melhor para ele, considerando sua singularidade, quando diz que teria dificuldades no acolhimento noturno e que tem seus afazeres em casa. Por fim, fala do seu caminho pessoal no cuidado de si quando diz que parou de usar drogas mais pesadas e que quanto ao álcool, está reduzindo seu uso. Sua fala desconstrói o valor absoluto das internações e possibilita o cuidado respeitando os desejos do sujeito.

Questionadas ainda sobre o que pensavam se **a internação prolongada era a melhor forma de tratamento**, onze (11) concordaram com a afirmação. Apenas 1 discordou e 2 não responderam.

E concorda com a internação prolongada, mas vai depender mesmo do tratamento, porque em algumas situações a pessoa vai ficar mais revoltada. Diz que tudo depende do tratamento que é recebido, da liberdade que você terá, o atendimento com psicólogo para saber, porque ele entrou na droga é que vai fazer a diferença.

Vamos tentar resolver o problema dele. Por que a pessoa cai neste caminho e se não tiver pessoas para ajudar fica difícil. Precisa de alguém. Se não tiver alguém para qualquer pessoa, chegar com jeito, descobrindo o ponto fraco, vai amenizando e te ajudando.

E aborda uma questão central que é a questão do acolhimento, já ressaltado anteriormente. Ressalta a importância do vínculo a ser estabelecido profissional e usuário, no sentido de possibilitar o cuidado.

A6 é o único do grupo que se coloca contrário à internação prolongada, defendendo o tratamento em liberdade.

A3 diz que algumas conseguem se livrar a droga de outras formas como tratamento espiritual. Disse que baseando por ela, a indicação é a internação prolongada. Diz que para ela, o tratamento aqui no CAPS AD é a parte mental, mas que precisa também da parte espiritual. Diz estar também numa clínica de recuperação (utilizada como abrigo). Reconhece também que as pessoas que usam drogas tem condições de decidir sobre sua vida.

Questionados quanto o que pensavam sobre a seguinte questão: **Pessoas usuárias de drogas não têm condições de decidirem sobre suas vidas.**

Cinco disseram concordar com esta afirmativa, outros cinco discordaram, uma disse que era relativo e três não responderam.

S1 diz discordar que pessoas não têm condições de decidirem sobre suas vidas, disse que ela mesma estava com depressão e teve que correr atrás do seu tratamento. Relata que o tratamento adequado é abstinência, dizendo não acreditar que amenizar o uso, ajude: “O argumento de que usar uma droga mais fraca não

resolve. Eu mesma estava sem remédio usei cachaça. Se quiser tem que parar com todas”.

S1 também relata seu impacto ao assistir ao filme “Crack, repensar” com relação à internação compulsória reafirmando que a pessoa pode decidir sobre sua vida:

[...] me chamou a atenção aquelas pessoas que são levadas a força. Achei horrível. Até porque as pessoas tem condição sim de buscar ajuda por conta própria. Eu mesma quando vi que a bebida já não estava me fazendo bem eu fui buscar ajuda. Então fiquei com medo e tive que buscar tratamento. Eu não tenho condições de ficar sem tratamento. No início eu bebia para aguentar e para dar conta do estudo, depois eu vi que eu estava bebendo e já não fazia mais nada.

Outra usuária, porém, defende a internação compulsória para determinadas situações. **S2** diz discordar que pessoas só podem ser ajudadas quando aceitam ser internadas:

[...] às vezes quando a pessoas está muito agressiva, está avançada a dependência, tem que ser pega à força. A pessoa não deve ficar solta de qualquer maneira. Concordo com internação prolongada e concordo que as pessoas não tem como decidir sobre suas vidas. Não tem capacidade, não tem condições se você usar drogas. Não acredito em drogas mais fracas, todas causam dependência. É melhor não usar nenhuma droga pois todas mais cedo ou mais tarde causam dependência.

A6 mais uma vez é a voz mais dissonante do grupo. Diz ser super contra a internação compulsória porque o Brasil não tem condições e estrutura para este tipo de internação. Fala ainda da diferença da internação voluntária e a internação compulsória, mostrando-se bastante inteirado desse assunto.

A ideia da internação e prolongada se manifesta predominante neste grupo e é alimentada o tempo todo no discurso midiático.

Abstinência x Redução de Danos

Quando questionadas sobre esta questão: **O tratamento adequado é a abstinência de todas as drogas.**

Oito disseram concordar com esta afirmativa, outros disseram discordar e dois não responderam.

Perguntadas sobre esta questão: **Tem pessoas que conseguem ter uma relação de diminuição do uso de drogas bem como substituir por outra que cause menos prejuízo.**

Quatro disseram concordar com esta afirmativa, oito disseram discordar, embora uma colocou que é relativo e dois não responderam.

Vamos aos argumentos apresentados nestes tópicos:

R1 fala do seu caminho pessoal no cuidado de si quando diz que parou de usar drogas mais pesadas e que quanto ao álcool, está reduzindo seu uso.

Quando questionados se ouviram sobre redução de danos no filme: Crack, repensar.

R1 fala:

[...] redução de danos é trocar uma droga pela outra. Eu não estou usando outras drogas. Estou usando só o álcool. Diminuir a quantidade de substância que a pessoa usa. Cocaína não me faz falta, crack não me faz falta, mas o cigarro e álcool me fazem falta.

Nesta fala **R1** fala da sua experiência de redução de danos e como vem buscando seu equilíbrio neste processo. Porém, como disse em outros momentos, quando fala com familiares e amigos sobre isso, não reconhecem que esteja no caminho certo, reproduzindo o caminho da abstinência total.

A6 fala que algumas pessoas podem reduzir o uso do crack com a maconha e os prejuízos que pode amenizar. Discorda da abstinência e fala da sua própria experiência na redução de danos: “Reduzo o uso fumando outras drogas. Usando crack você fica vários dias sem comer. Usando maconha tira a ansiedade e te dá muito apetite e você pode ficar melhor”.

Esta fala de **A6** não teve ressonância no restante do grupo.

A1 diz que tem poucas palavras dizer, querendo comentar apenas a questão que fala da possibilidade de reduzir a droga:

[...] diz que esse negócio é um atalho fácil. O prejuízo é o mesmo . Diz que a pessoa tem que procurar pela misericórdia de Deus, esse negócio de trocar por uma mais fraca, vai ficar trocando sempre. Vai morrer fazendo esta troca sempre. O prejuízo é o mesmo.

Alguns defendem claramente a abstinência de drogas, embora reconheçam tamanha dificuldade disso.

JN fala que o tratamento adequado é abstinência:

[...] estava numa clínica que abstinência bateu tão forte que eu não consegui ficar, viu bicho, teve alucinações. Disse que nesta clínica ficou muito preso. Abstinência bate tão forte, que você tem que lutar por ela. Disse que aqui no CAPS AD ficou no 24 horas, conseguiu ficar um tempo sem bebida, sem droga. Reconhece ser muito difícil manter a abstinência e que é muito psicológica esta questão.

Apesar de reconhecerem a importância da abstinência, mais uma vez comparece a dificuldade e os efeitos insuportáveis dela. Comparece também que ficar sem o álcool é mais difícil do que outras drogas.

A3 Concorde ainda que o tratamento adequado é a abstinência total inclusive com cigarro. Ficava com cigarro, mas era a porta de entrada. Disse não acreditar que exista o uso controlado.

O usuário **A5** revela a rigidez nas questões das “recaídas”, reforçando a culpabilização e a fraqueza dos sujeitos. Comenta sobre um usuário que veio de Cachoeiro, interior do ES pediu para ficar no CAPS AD e foi acolhido. Quando chegou o dia seguinte quis embora de qualquer jeito. Foi embora e depois quis voltar. Recaída é claro, segundo A5. Fala que a pessoa não tem direito à segunda chance, somente na primeira vez sim.

O direito ao cuidado é à saúde comparece com unanimidade nas respostas e recusam a ideia de usuários de drogas serem criminosos. Alguns ressaltaram que

quem comete crimes pelo uso das drogas precisam ser responsabilizadas e pagarem por isto. Apenas um sinalizou que as pessoas deveriam ser penalizadas pelo fato de fazerem o uso das drogas.

Embora este princípio esteja preconizado no paradigma da atenção psicossocial como o “direito a saúde e universal, a importância de considerar a singularidade do sujeito e a partir daí estabelecer um vínculo pautado no respeito, na humanização do tratamento e na inclusão social, no cuidado e na defesa da vida, na autonomia e no protagonismo (BRASIL, 2003), os usuários se colocam que o direito à saúde se faz necessário porque se colocam como “doentes em recuperação”, reforçando a ideia da dependência química como doença.

A ideia de “fundo do poço” também é compartilhada por alguns, e reforçada no paradigma da abstinência:

O relato de **JC** expressa esta ideia:

[...] quando cheguei ao crack, comecei a afundar até chegar no fundo do poço. Eu mesmo sendo funcionário da prefeitura, fui para rua. Usava todo dia, internei muitas vezes, não tinha vontade de ir para o serviço. Depois eu comecei o tratamento há oito anos aqui”. Pergunto se vê diferença aqui e nas outras clínicas. “Claro. Na clínica, eu quase morri. Minha cabeça parecia explodir, minha pressão estava muito alta. Diz que claro que quer é ficar bem. Seguro as ondas.

A questão da redução de danos é vista com certa dificuldade pelas pessoas, pois estão muito impregnados do discurso da abstinência, embora há muitos relatos de muitas “recaídas”, e a dificuldade de manter a abstinência, tanto do ponto de vista orgânico e fisiológico como psicológico também.

A grande maioria parece ter consciência que a questão da proibição não passa pelos efeitos da droga, pois reconhecem que o álcool é muito prejudicial e muito difícil de manter a abstinência. Alguns chegaram a defender a proibição do álcool, mas esta fala não foi acolhida pelos outros.

Comparecem falas de reconhecerem o espaço do CAPS AD diferente das clínicas e dos outros espaços: mais liberdade e aposta no cuidado de si.

5.4. A QUESTÃO RELIGIOSA E SEUS ATRAVESSAMENTOS

Consideramos importante abordar este tema face a frequência e sentido com que se fez presente na narrativa das pessoas, a diversidade e complexidade que tomava forma nos modos de subjetivação destas pessoas. Nossa análise pretende refletir a importância da religiosidade, buscando ressaltar aspectos que se em alguns momentos enclausuram estas pessoas, em outros, pode ter efeito de alento, esperança e apostas no futuro.

Outro aspecto importante a ser considerado é que concordamos com Araújo (2016), quando se refere ao CAPS, do ponto de vista social, pode ser considerado uma comunidade constituída por pessoas dos mais diferentes lugares, histórias e percursos diferentes, que se relacionam entre si e interligam-se a outros grupos sociais, inseridos em um contexto cultural, social e político mais amplo. Negar o papel da religiosidade sobre estes sujeitos é negar parte de sua história.

Para clareza na análise destas narrativas, consideramos importante trazer os diferentes significados ao falarmos de espiritualidade, religiosidade e religião abordados em Araújo (2016). Ao se referir à espiritualidade este autor busca referências em Giovanetti (2005) e Pinto (2009), referindo-se à busca de um sentido para a vida, a uma transcendência ontológica, ao mergulho que se faz em si mesmo e que tem relação com valores e significados profundos que regem o self.

A Religiosidade refere-se a uma espiritualidade relacionada ao divino, que pode ter relação do modo como um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião (ARAÚJO, 2016).

A Religião é pensada por este autor como um sistema representacional de crenças, símbolos, dogmas, rituais e práticas que buscam facilitar o acesso ao Sagrado (ARAÚJO, 2016).

A questão religiosa comparece em vários momentos a começar pelas histórias dos nomes. Nos relatos diversas vezes comparece a importância da religião na vida

destas pessoas e em suas falas, principalmente as mulheres, falam que eram católicas e se tornaram evangélicas. Algumas delas fizeram referências às Igrejas Maranata, Deus é Amor, Assembleia de Deus. Não comparece nas narrativas referências a religiões de matriz africana, budista, entre outras.

Apesar de todas as críticas que possamos fazer relacionadas a esta forma de tratamento, foram e são muitas vezes, através destas as iniciativas no cuidado e acolhimento a estas pessoas. As portas do cuidado foram abertas inicialmente por esta forma de tratamento.

No início dos nossos encontros já constatamos a influência da religião na vida destas pessoas quando na dinâmica da apresentação, pedimos que contassem a história do nome. Muitos deles eram nomes bíblicos, ou faziam alusão a algum santo ou festa religiosa.

A5 fala que é ou foi vigilante da UFES, tem 52 anos, sua mulher é pedagoga, já havia passado muito em frente ao CAPS AD e não imaginava que um dia estivesse ali, mas que confia que vai melhorar. Fala muito de sua esperança em Jesus Cristo e resgata a importância do seu nome por ser o primeiro nome bíblico, citando passagem de Gênesis. Diz que é um homem de fé e acredita muito nisso.

Situações de vulnerabilidade social, abandono familiar, gerando participação precária nas esferas social e familiar, as instituições religiosas passam a acumular experiência na tarefa de reintegração destas pessoas (ARENARI & DUTRA, 2016).

Apesar das diferenças teóricas de autores como Jessé Souza, Robert Castel e Niklas Luhmann há um ponto comum entre eles que a questão social mais gritante da modernidade contemporânea é a exclusão social por parte de quase a totalidade de instituições, de indivíduos irrelevantes e descartáveis, chamado por Souza (2013) de ralé. Um destes autores, Luhmann (2002) destaca, porém, que a religião é único sistema social que não reforça esse processo de exclusão, colocando que esta pode contribuir para reverter este processo, por causa de vocação específica para integrar indivíduos com alto grau de desvinculação social (ARENARI & DUTRA, 2016).

Isto ocorre porque, em especial as religiões populares, não colocam exigências de inclusão destas pessoas em suas práticas institucionais e estão sempre de “portas abertas” para receber seu “rebanho”.

Nesse sentido, a prática social da religião possibilita a interrupção do processo de exclusão, permitindo aos indivíduos que nunca foram sujeitos de expectativas sociais positivas, sejam tratados como pessoa social de valor, com expectativas sociais fundadas na capacidade de transcendência da religião em relação ao abandono vivido (ARENARI & DUTRA, 2016).

Diversas falas de usuários e usuárias confirmam o que foi apontado.

A usuária **S2** fala querer mudar de vida. Esta semana mesmo disse ter sido convidada a vender drogas, mas pediu a proteção de Deus e conseguiu chegar até ao CAPS AD. Diz que está viva ainda, pois só pode ter proteção de Deus.

S2, com o choro de M. ao relatar sua história e fazer referência ao seu nome bíblico e ao significado, pede licença para falar novamente e diz compreender o sentimento de M., porque já passou por estas situações. Relata um episódio, que nos pareceu recente, que quando estava indo para algum programa sexual e se dirigiu para uma igreja próxima à Reta da Penha, uma senhora a interpelou. No início não gostou, pois ela falava como se estivesse possuída pelo demônio, mas que quando esta senhora disse que podia contar com Deus, seu corpo todo ficou dolorido.

O usuário **A5** também faz referências a Deus: “A pessoa tem que procurar pela misericórdia de Deus para ficar livre das drogas”.

A3 também fala da importância da parte espiritual:

[...] algumas pessoas conseguem se livrar da droga de outras formas como o tratamento espiritual. Para mim o tratamento aqui no CAPS AD é da parte mental, mas que precisa também da parte espiritual, e que esta abrigada numa clínica de recuperação.

Embora façam referência a um Deus que protege, que acolhe, que perdoa, há também a ideia de um Deus que castiga, que pune. A fala de **S2** é muito forte neste sentido:

[...] eu quero começar e a gente que vai com as próprias pernas pegar a droga. A mão de Deus é tão pesada que a gente tem que aprender. Fui eu que fui até a boca de fumo. Eu fiz uma carta para Deus na Deus é amor. Deus sabe o dia e a hora certa. Se eu morrer com o crack. Como eu tive coragem de fazer o que eu fiz um ser pequenino. Moca, não conta pra ninguém me dá uma injeção. Eu quero morrer. Mas eu quero lembrar do que eu fiz, pra muitos deve ser uma loucura. O que você escreve para Deus. Se eu continuar no mundo do crack não quero morrer matada, mas infartada.

Nos relatos de **S2** comparece a questão religiosa muito forte da culpabilização e da ideia do pecado. Isenta a substância, mas por outro lado, traz para si a responsabilidade. A ideia de um Deus punitivo muito presente em sua fala.

A Bíblia comparece como referência na vida destas pessoas, expressada na fala de **S1**:

[...] eu não posso sentar na cadeira. Eu não posso me sentir uma rainha. Eu não trouxe o objeto mas eu vou escolher este livro como se fosse uma bíblia. A bíblia me ajudou muito, me ajudou a cuidar de minha filha. Para mim representou muito e continua me ajudando. Nos momentos críticos.

Esta fala é compartilhada por **A3**:

[...] eu sempre fui católica praticante. Há alguns meses fui para a assembleia. Escolho o livro também. Então vejo a necessidade. Deus está presente na minha vida. Estou me sentindo bem .Os profissionais estão me tratando muito bem.

Esta mesma usuária completa:

[...] fundamental para minha vida. Há cinco anos atrás ,A bíblia tem sido meu companheiro, minha companheira. Eu era católica e fui para uma comunidade evangélica. Eu estou aprendendo a conhecer mais meu Deus.

No exercício dos objetos significativos, chama atenção as mulheres terem usado um livro com brochura, simbolizando a bíblia e a importância que ela tem para suas vidas.

Cabe analisar que não temos como desconsiderar a importância da religião para a vida destas pessoas e que em alguns momentos isto pode realmente tê-las ajudado em seus processos de subjetivação. E trazer para algo para além da dependência de drogas, pois esse fenômeno também comparecia no CAPS II e nos demais espaços como os serviços de saúde.

No âmbito da promoção da saúde e prevenção de doenças, Dull e Skollan (1994 apud FARIA, 2005), afirmam que as crenças religiosas tanto podem favorecer a adoção de comportamentos saudáveis, como a não adesão a práticas preventivas, devido ao desenvolvimento de um otimismo irrealista relativo à proteção. Estes autores defendem que as crenças religiosas funcionam como mediadores cognitivos pela interpretação dos eventos adversos de maneira positiva, favorecendo a adaptação e o ajustamento das pessoas à condição de saúde (FARIA, 2005).

O papel das igrejas em acolher pessoas no seu sofrimento, em qualquer hora e em todo lugar nas suas adversidades não pode ser desconsiderado nos efeitos que provoca nestas pessoas.

Como trabalhar estas questões de forma que não aprisionem estas pessoas na culpa, no medo e na despotencialização e sim como fator de alavanca e de proteção mesmo, quando tudo parece estar perdido?

Ter um espaço de fé, um ritual expansivo para seguir, uma rede solidária encontrada em estabelecimentos religiosos é extremamente salutar ao projeto terapêutico de vida desses usuários, conforme sinalizam os próprios textos da política de saúde brasileira nesse campo, ao destacar como um dos pontos dos PTS a espiritualidade, ao lado do trabalho e da família, entre outros (BRASIL, 2004).

5.5. SONHOS, DESEJOS E UTOPIAS- AS TRILHAS PARA A CONSTRUÇÃO DE PTS

A proposta inicial para nosso último encontro seria do grupo “construir” uma cidade “ideal” para se viver, pensando nas possibilidades de trabalhar aspectos coletivos e comunitários que revelassem as ideias dos usuários e usuárias sobre esta questão.

Repensamos, em função dos nossos encontros anteriores, das dificuldades do grupo de pensar para além de suas questões pessoais, e por isso, decidimos realizar algo que os fizesse refletir sobre suas fortalezas e caixa de ferramentas e a partir disso, pudessem refletir sobre questões mais coletivas. Não utilizamos a expressão “caixa de ferramentas” com as pessoas que tem sido utilizado na política da atenção básica e da saúde mental. Pensamos aqui como caixa de ferramentas os recursos de que as pessoas se utilizam para viver as suas vidas da melhor forma possível.

Pensamos também nestes aspectos por reconhecer que o cuidado no campo da atenção psicossocial e da redução de danos aposta no PTS- Projeto Terapêutico Singular como um dos dispositivos principais para operar o cuidado de si. Ele se constitui no próprio organizador do cuidado, e seus princípios básicos se operam na noção de sujeito, autonomia e singularidade.

Reafirmando que trabalhamos com a ideia de sujeito como um processo de produção de subjetividades, operando trocas numa construção coletiva, e que tem sempre um caráter provisório (GUATTARI, 1996).

O conceito de autonomia refere-se a um processo complexo, relativo e construído sobre processos de interdependência. A noção de autonomia só pode ser concebida em relação à ideia de dependência. Toda a vida humana autônoma é uma trama de incríveis dependências. Isso significa que o conceito de autonomia não é substancial, mas relativo e relacional (MORIN, 2005, p.282).

Singularidade pode significar propriedade daquilo que é único (JAPIASSU & MARCONDES, 1996, p.249). Acessar a singularidade de um caso é criar sentidos e relações, onde já não estão mais prioritamente em jogo a adequação do usuário ou da equipe a um plano de normalidade da vida e sim ao plano investido da própria vida (NUNES, 2008).

Importante reafirmar que singular não é oposto de coletivo nem é sinônimo de individual. O PTS para ser efetivo tem que ser construído em conjunto com o usuário, reconhecendo suas potências, seus desejos e possibilidades. Neste

sentido, a construção do PTS deve incluir a família, o território geográfico onde a pessoa habita, os recursos desse território, e o território existencial do usuário e seu contexto. E por fim, a potencialidade do sujeito individual e coletivo em questão (KINOSHITA, 2015).

Entendemos também que trabalhar estas questões são reveladoras para identificar se os percursos dos usuários estão na busca da “cura”, aqui entendida como abstinência total, e/ou possibilidades de buscar outros sentidos e possibilidades de existência indo em direção ao paradigma da redução de danos e da atenção psicossocial.

O paradigma da Redução de Danos e da atenção psicossocial trabalha com o princípio da reabilitação psicossocial. Esse conceito é empregado por Saraceno entendido como sinônimo de cidadania, circunscrito ao

[...] conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos: somente no interior de tal dinâmica das trocas que se cria um efeito “habilitador” [...] reabilitação é um processo que implica a abertura de espaços de renegociação para o paciente, para sua família, para a comunidade circundada e para os serviços que se ocupam do paciente: a dinâmica de negociação é contínua e não pode ser codificada de uma vez por todas, já que os atores (e os poderes) em jogo são muitos e reciprocamente multiplicantes (SARACENO, 1999, p.112).

A partir destas pontuações, apresentamos os “tesouros” que emergiram no grupo:

Ficar livre das drogas

Uma das ideias principais que circulou pelo grupo é a de realmente de desejar ficar livre das drogas, uns até se expressaram como resistir às drogas.

A fala de **A4** é emblemática quando se reporta à música de Roberto Carlos para falar de sua “sina”:

[...] não sou Roberto Carlos, mas que gostaria de estar aqui vivendo este momento lindo, mas que isto só seria possível se ele e tantos outros que estão aqui não fossem usuários de drogas. Diz que aí sim, se não fosse dependente químico estaria vivendo este momento lindo.

Neste sentido há que se pensar em estratégias para que estas pessoas possam se ver para além de sua “dependência química”. Daí nossa intenção de trabalhar suas potências para que possam disparar outros movimentos.

A noção da autonomia, com a ideia de múltiplas dependências nos dá a ideia de caleidoscópio. Possibilitar descobertas de novas dependências e outras trocas afetivas, para além da droga é fundamental, como salienta Kinoshita (1996).

Historias, lembranças...

As lembranças da infância, da família, mesmo como castigos da infância comparecem como momentos de alegria e de suporte para sua resignificação. Lembranças, tradição, memórias, são importantes de serem trabalhadas com estes sujeitos e com cada um de nós para nossa saúde mental.

Importante ressaltar a singularidade de cada um em falar de si e da importância de serem ouvidos.

Na fala de uma usuária, ao comentar suas impressões no exercício “Tenda dos Contos”, reafirma a importância dos territórios existenciais na vida de cada pessoa.

S4 chega e fica observando. Depois comenta: “Diz que isto lembra tradições. Tradições que identifica a pessoa, a gente vê os objetos, identifica a região, qual estado que mora, a história da pessoa”.

Um outro usuário que também relembra sua história na escolha do objeto mais significativo para ele:

[...] eu escolhi isto aqui, lembra uma caipirinha. (um pilão). Tem uma tradição muito antiga para socar alho. Lembro desde a época de garoto. Para mim é ótimo. Uma tradição que ate hoje se usa. É bom estas lembrança. É hereditário, né?.

S4 continua a falar de sua história e lembranças e a importância para sua vida:

[...] me remeteu a minha infância, minha adolescência, vida adulta também. Sou de uma família muito simples. Ia passar o café, minha mãe chamava de caldeira, era muito gostoso, esta canequinha. Era assim mesmo que acontecia, o bolinho de fubá, café quentinho, reunir a família. Acontecia na casa das minhas tias também.

Outro usuário, **A5** fala de sua infância pobre, diferente de muitas crianças de hoje, mas que apesar disso, remete a boas lembranças:

[...] o pilão. Minha avó botava a gente de castigo e botava a gente para socar o alho. A gente levava a sério. O castigo era bom. Era diversão. Não tinha como brincar de bola. A vida da gente não era igual às crianças de hoje. Fala do coador de fazer café.

Fala também compartilhada por **JN**:

[...] a gente ficava das 7 horas da manhã até 12 horas. Era castigo também. As meninas também. Mas era bom. Há mais de vinte anos que eu não faço mais. Depois que minha morreu eu não fiz mais isso.

Importante ressaltar que no campo da atenção psicossocial trabalhar com a perspectiva cartográfica para aflorar/despertar a formação de outros mundos: mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornam-se obsoletos (ROLNIK, 1989).

Na prática, cartográfica o que importa é estar atento às estratégias do desejo em qualquer fenômeno da existência humana. Tudo que der língua para os movimentos do desejo, expressão e criação de sentidos são bem-vindos. Os critérios de escolhas vão no sentido de descobrir que matérias de expressão, composições, favorecem a passagem das intensidades, buscando sentidos. O que se busca é o mergulho na geografia dos afetos e, ao mesmo tempo, inventar pontes para sua travessia: pontes de linguagem (ROLNIK, 1989).

Família

A família sem dúvida neste grupo tem um papel importante de apoio e como proteção. Fortalecer e resgatar estes laços parecem ser os objetivos para os participantes de nossa pesquisa.

Todos mostraram-se muito satisfeitos em realizar a atividade e de relatarem seus tesouros. Praticamente todos colocaram sua família, filhos, filhas como algo extremamente significativo em suas vidas. Neste sentido provocar estes desejos e reflexões foram muito importantes, visto que muitos deles veem a família e os filhos como suporte para lidar com o cotidiano

A6 fala que um dos seus desejos é ver seu filho que não vê há mais de seis meses por conta de suas dificuldades, mas que é sua meta.

M., outra usuária, que participou uma única vez do nosso grupo, disse que seus tesouros são seus dois filhos gêmeos e que seus talentos é ser diarista e ex-judoca.

S3 lembra que seu tesouro são suas filhas e que seu talento é ser comunicativa e ótima vendedora.

JN também fala dos filhos, que está lutando pela vida e trabalhou em lava-jato.

Estas narrativas reafirmam a importância do trabalho com famílias no CAPSAD. Buscamos, para entender melhor este processo, trazer dois conceitos para definição de família:

[...] conceito de família: no presente é apreendida como o conjunto de pessoas ligadas por laços de sangue, parentesco ou dependência que estabelecem entre si relações de solidariedade e tensão, conflito e afeto (...) e se conforma como uma unidade de indivíduos de sexos, idades e posições diversificadas, que vivenciam um constante jogo de poder que se cristaliza na distribuição de direitos e deveres (BRUSCHUINI, 1989, apud ROSA, 2013).

O conceito do Ministério da Saúde: “Família é todo grupo de pessoas que coabitam e/ou desenvolvem entre si as mais variadas formas de convívio afetivo” (BRASIL, 2013, p.16).

No contexto da Reforma Psiquiátrica, a família deve ser pensada em termos de pluralidade de sentidos e dimensões: um grupo que precisa de assistência e cuidados; como um recurso ou lugar, como outro qualquer, mas não o único; como

provedora de cuidados; como avaliadora dos serviços; como sujeito político. (ROSA, 2013).

Um dos objetivos do CAPS é incentivar que as famílias participem da melhor forma possível do cotidiano dos serviços. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários tem com o mundo e por isso são pessoas muito importantes para o trabalho de CAPS, não somente incentivando o usuário a se envolver no projeto terapêutico, mas também participando diretamente das atividades do serviço. “Os familiares são considerados pelo CAPS como parceiros no tratamento” (BRASIL, 2004).

CAPS e família são ambos provedores do cuidado. A inclusão dos familiares cuidadores no projeto terapêutico tende a trazer uma série de benefícios para os dois lados, tendo em vista o objetivo maior que é a reabilitação psicossocial (ROSA, 2013).

Trabalho

O trabalho compareceu, muitas vezes, embora mais como desejo/meta do que como realização, pois muitos se encontram desempregados já há algum tempo. O desejo de retomarem suas antigas ocupações e também de se qualificarem para terem uma profissão é muito significativo tanto nos homens como nas mulheres deste grupo.

Quando vivenciaram a experiência da Caixa de Tesouros, com a tarefa de pensar em coisas, objetos, pessoas que fossem importantes para suas vidas, um dos participantes, **A5** perguntou se podia colocar nota de cem reais na caixinha. Logo em seguida, fala que vai fazer um cofrinho com sua caixinha e depositar moedas nela. Nesta fala e em outros momentos, este usuário fala no seu grande desejo de arrumar emprego e poder pagar suas contas, ter dignidade na sua vida.

Alguns relatam que a partir de uma situação de desemprego, a situação em relação ao uso de drogas se agravou: “**A5**: Só tenho a 5ª série. Ficar desempregado bagunçou minha vida. Disse que chegou a morar nas ruas.”

W reflete que muitas pessoas tem talento e o que falta é a oportunidade. Fala ainda da importância do trabalho para realizar seus sonhos:

[...] resumindo, meu objetivo final, é trabalhar, ter uma profissão, ter condição de pagar minhas contas, ter meus desejos de consumo, ter uma família, ter uma mulher, não sou homossexual, não tenho nada contra, uma coisa importante também, não ter medo de envelhecer. Acho interessante também ter uma religião.

A1, em outro momento, na entrevista individual, fala que pretende concluir o Ensino Médio e quem sabe até fazer faculdade. Diz que ainda se sente em condições de estudar.

E fala que seu talento é trabalhar com autopeças e **R2** disse que seu talento é ser porteiro.

Com estas questões que comparecem, faz-se necessário e importante de se pensar o trabalho como algo que realmente pode transformar a vida das pessoas.

Cabe fazer algumas reflexões sobre a importância da Economia Solidária e o papel dos CAPS em considerar a dimensão trabalho como um dos eixos fundamentais para trabalhar a Reabilitação Psicossocial.

A Reforma Psiquiátrica, dentro dessa nova dimensão, busca questionar e romper com a ideia de exclusão e segregação que marca a história da loucura. Nesse âmbito a variável “Trabalho” é pensada e vivida como dimensão histórica e dinâmica, em que perpassam relações socioculturais, com alternativas viáveis de geração de renda de forma participativa, dinâmica e criativa. Há de se ver nesta perspectiva, o trabalho como instrumento de produção de valor social, como um direito.

Na história da psiquiatria, o trabalho, quando pensado, o era como forma de enfrentamento do ócio, ocupar o tempo para afastar o pensamento de seus elementos mórbidos: como relação de dependência e objetivação e um dispositivo de controle e normatização social.

Um marco importante para esta questão foi o I Congresso Brasileiro de CAPS, realizado em São Paulo (2004), com a conferência do Secretário Nacional de Economia Solidária, do Ministério do Trabalho- Paul Singer. Com o diálogo de Pedro Gabriel- Coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde e Paul Singer salientaram:

[...] a economia solidária e o movimento antimanicomial nascem mesma matriz- a luta contra a exclusão social e economia. Uns são excluídos (e trancafiados) porque são loucos, outros porque são pobres. Há ricos, que enlouquecem porque empobreceram e há pobres, que enlouquecem porque ninguém os nota. A matriz comum de ambos é uma sociedade que fabrica pobres e loucos de modo casual e inconsciente” (BRASIL, 2005)

Economia Solidária é a resposta organizada à exclusão pelo mercado, por parte dos que não querem uma sociedade movida pela competição, da qual surgem incessantemente vitoriosos e derrotados. É antes de qualquer coisa uma opção ética, política e ideológica, que se torna prática quando os optantes encontram os de fato excluídos e juntos constroem empreendimentos produtivos, redes de trocas, instituições financeiras, escolas, entidades representativas, etc. que apontam para uma sociedade marcada não pela competição, mas pela solidariedade (BRASIL, 2005)

Considerando os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, que não são tecnologias de montar serviço de saúde mental, mas um movimento social de transformação profunda e de fato das concepções sobre a loucura e sobre a diferença, entende-se que a economia solidária e a reforma psiquiátrica há uma vocação cooperativa inevitável (BRASIL, 2005).

Autoestima e cuidado de si

Estes aspectos compareceram com maior intensidade nas narrativas das mulheres. Se por um lado, falam com mais expansividade sobre seus dramas, também o fazem para falar das suas potências, seus desejos e suas conquistas.

RASCH (2015) em sua tese de doutorado relata a experiência do grupo de mulheres que acontece neste CAPS ADIII desde 1999, e ressalta a importância deste espaço

exclusivo para trabalhar as especificidades e complexidades do universo feminino aliado à problemática da dependência de drogas. Esse espaço favorece a vinculação das mulheres por ofertar uma atenção acolhedora e diferenciada ao seu sofrimento.

Nas falas das usuárias há um sentido de solidariedade e de cumplicidade entre elas: A usuária **S3** reafirma que seu maior tesouro é sua saúde e repete isso com muita insistência. Quando solicitamos que pensasse em um tesouro seu, algo de si que aponta como uma qualidade, ela prontamente fala de sua bondade.

Comparece nas falas e nas atitudes, principalmente entre as mulheres, o orgulho de falar sobre suas “qualidades” e ressaltar as das companheiras. Uma delas ressalta isso de forma muito acolhedora com as companheiras, reforçando como os afetos e a solidariedade são importantes no cuidado.

Outras afirmam a importância de se cuidarem, de se sentirem bonitas. Uma delas faz um comentário sobre o colar e o brinco que eu estava usando, querendo saber detalhes sobre eles: “Quando você chegou, foi a primeira coisa que vi foram seus acessórios. Saio sem bolsa, com chinelo velho mas não saio sem brinco.”

S3 faz elogios aos talentos desta usuária falando que ela cozinha muito bem e que também faz bem artesanato chamando atenção para a decoração de sua caixinha.

S3 ressalta que no início se importava de falar em público, de se expor porque tinha medo do estigma e do preconceito. Disse que sua filha é psicóloga e tem a estimulado a se mostrar para desmistificar a questão do preconceito com usuários de álcool e outras drogas, principalmente com as mulheres. Disse que não se importa se usar seu próprio nome na pesquisa porque é assim que a gente trabalha os preconceitos.

Em relação aos homens, eles reforçaram seus desejos de retomarem seu trabalho, sua ocupação e a qualificação para uma nova atividade, para poderem cuidar de si e de suas famílias, conforme já salientado anteriormente.

De um modo geral, os homens e as mulheres tiveram dificuldade de falar de suas qualidades e talentos.

Os relatos apontados aqui se deram em diversos momentos, mas especialmente no nosso último encontro, conforme já descrito. Cabe ressaltar que foi uma atividade extremamente concorrida. Quase 18 pessoas participaram e se envolveram muito no que estavam realizando. Devo confessar que me emocionei quando o usuário **R1**, narrando sua história dez dias depois (entrevista individual), relata que deu de presente sua caixa de tesouros (realizada na atividade) para sua mãe que tinha feito noventa anos, porque era o único presente que podia dar a ela naquele momento.

Diante de todas as histórias e narrativas, pensamos que cabe relatar algumas experiências de pesquisadores no tocante a experiências com o uso de drogas.

A experiência do psicólogo americano Bruce Alexander na década de 70 sobre uso de drogas, a relação com o ambiente e os efeitos sobre ambos, revela alguns aspectos importantes que contribuem para desmistificar a guerra às drogas. Até então, acreditava-se que o contato com as drogas causava dependência por si só. Esta ideia era comprovada com estudos feitos com ratos que, ao experimentar as drogas, as usavam cada vez mais (HARI, 2015).

O professor observou que todos os experimentos mantinham ratos isolados em pequenas gaiolas. Então resolveu colocá-los em gaiolas maiores com outros ratos e em condições muito parecidas em seus ambientes naturais. Os que estavam vivendo em uma “Ratolândia” tiveram um alto índice de rejeição às drogas, enquanto os isolados se viciaram com certa facilidade. Os habitantes da Rat Park, apelidada de Ratolândia, demonstraram muito mais facilidade em abandonar o uso da droga do que os ratos confinados. Para ratos com vida sociais saudáveis, a droga não era assim tão irresistível (HARI, 2015).

Outro estudo, iniciado na década de 90 por Hart (2014), neurocientista, em seu laboratório na Universidade de Columbia, recrutou pessoas usuárias de crack para observar sua relação com a droga. Ele esperava encontrar uma cura para o vício neurológico. Estas pessoas recebiam uma dose inicial de crack e ao final do dia os

pesquisadores davam uma recompensa, de fumar a mesma dose ou de receber uma recompensa em dinheiro. Muitos abriam mão do prazer imediato da droga por uma recompensa futura que lhes parecia mais vantajosa, principalmente se a dose inicial fosse menor.

Hart ressaltou em uma entrevista: “se você está vivendo em um bairro pobre privado de todas as opções, há uma certa racionalidade em tomar uma droga que vai lhe dar algum prazer temporário.” Seus estudos demonstraram que as drogas não eram tão irresistíveis, dadas outras situações ambientais e sociais.

Parece haver muitos casos em que as drogas ilícitas têm pouco ou nenhum papel para a ocorrência daquelas situações degradantes afirma Hart. Crack e metanfetamina podem ser especialmente problemáticas em alguns bairros pobres e áreas rurais, mas não porque as próprias drogas são tão potentes (HART, 2014).

Afirma ainda, baseado nas suas experiências que “muito antes da introdução do crack, diversas famílias já eram dilaceradas pelo racismo institucionalizado, a pobreza e outras forças” (HART, 2014, p.33).

O professor Peter Cohen¹⁰ argumenta que os seres humanos têm uma necessidade profunda de estabelecer laços e conexões e vamos nos satisfazer nos conectando uns com os outros ou com o que encontramos. Ele alerta para não usar a palavra vício e sim, ligação. A pessoa torna-se dependente da droga porque não consegue estabelecer outras conexões, e afirma que o oposto do vício, não é a sobriedade mas a conexão humana (HART, 2015).

Estes relatos das experiências de pesquisadores da neurociência vão ao encontro dos conceitos abordados de autonomia, sujeito e singularidades e sua importância de se pensar o PTS de forma ampliada e considerando todas as possibilidades e potências do sujeito. Um cuidado que pensa a saúde em uma visão de ampliação da vida. As narrativas dos sujeitos reafirmam e clamam por este desejo. Como bem nos coloca Silva (2013), nosso usuário

¹⁰ Peter Cohen- pesquisador da política de drogas e epidemiologia da Universidade de Amsterdam. Como diretor do primeiro programa de pesquisa desta universidade desde 1996. Fonte: Huffpost

[...] solicita mais poesia, mais arte, mais cultura, mais sublimação, contornos e direitos. Grades e prisões são dispensáveis. Para o humano, o que produz humanidade não é a grade, mas o Outro: seu desejo, seu corpo, cheiro, suas palavras, seu afeto e aconchego. É o laço com o outro e com a rede — invenção que se faz com homens, ideias e afetos para fazer caber homens, ideias e afetos — o que permite a construção de saídas possíveis.

6. OS ENCONTROS E SUAS POSSIBILIDADES

"Eu posso me expressar? Com todo respeito, vocês sempre arrancam um pedaço da gente nestes momentos" – Relato da usuária **S2**.

Impossível não se afetar frente a esta narrativa e tantas outras, nos colocando em desconforto neste papel de pesquisadora. A opção ético-estética-política pela pesquisa-intervenção nos tranquiliza, nos autoriza, nos legitima na acolhida, na escuta a este momento de sofrimento e dor pelas perdas nestes percursos e histórias de vida desta e de outras pessoas.

Quantas sensações, sentimentos e afetos são despertados e emergem frente a possibilidades de encontros? Quantos significados e ressignificados podem surgir a partir dali? Quantas descobertas e desejos que vieram à tona? Infinitas possibilidades e caminhos podem se descortinar quando se possibilita o encontro e novas conexões podem surgir. Nesses encontros e nesses grupos se produzem novas sociabilidades e o comum gerado é o novo dispositivo antidroga, como nos afirma Lancetti (2015).

Nossas reflexões e afetações vão no sentido das infinitas potências e possibilidades que temos nas ações a serem desenvolvidas no trabalho nos CAPS e que nem sempre nos damos conta disso. Trazer Lancetti (2015) para nossas reflexões é manter viva sua história e sua luta contínua no sentido de não nos endurecermos nos processos cotidianos do trabalho.

Nas experiências lideradas por Tommasini e seu amigo inspirador Franco Basaglia, se constatou que tudo é possível no auge da participação e da solidariedade (BASAGLIA, 1993, apud LANCETTI, 2015). Esses, no entanto, admitem a dificuldade em lidar com os dependentes de drogas, sendo uma das clínicas mais desafiadoras. Tommasini foi um dos precursores da Redução de Danos ao ir ao encontro dos usuários e por aceitar essas pessoas da maneira como elas eram.

Os CAPS são por definição e método de trabalho, instituições abertas e neste sentido devem estar sempre de portas abertas e não exigir abstinência para seu acolhimento.

Lancetti (2015) utiliza os termos plasticidade psíquica e atletismo afetivo como importantes dispositivos a serem desenvolvidos pelas pessoas que trabalham nos CAPS AD. A plasticidade psíquica se contrapõe à rigidez psíquica e se manifesta pela flexibilidade, resiliência e inventividade para lidar com situações-limites. Atletismo afetivo é um conceito criado por Artaud, e se refere a potência do corpo do ator, por meio de vários tipos de respiração e gritos, o ator sai da representação e alcança o interlocutor.

Alcançar as paixões através de suas forças em vez de considerá-las puras abstrações confere ao ator um domínio que o iguala a um verdadeiro curandeiro” (ARTAUD, 2006, apud LANCETTI, 2015)

Lancetti (2015) ao se remeter ao terapeuta nesta perspectiva diz que este se aproxima, escuta, olha, toca e iniciada essa relação, se dispõe às mais diferentes relações. O terapeuta olha o corpo, escuta suas expressões e se interessa pela biografia do sujeito. Onde os outros veem uma droga, ele enxerga uma pessoa. Dessa maneira ele suporta e dispõe a bancar repetições de vidas e até violentas, institucionalizadas, desgarradas por injustiças e aplainadas pela ordem social.

Reafirmamos aqui que a clínica da atenção psicossocial implica uma indissociabilidade entre clínica, crítica, política, ética e estética, que se tece nas tensões, vibrações do campo problemático da saúde mental e da vida, afirmando uma perspectiva clínico institucional (MACHADO & LAVRADOR, 2007).

Os desafios que nos impõe é afirmar a potência da vida sem subtraí-la, dar consistência a ela sem endurece-la, sem enclausura-la, sem entorpece-la (MACHADO & LAVRADOR, 2007).

Como traçar linhas de ação e contribuir para produzir outros modos de subjetivação que se contraponham ao fenômeno de Guerra às Drogas? Afinal, como afirmam

Tedesco & Pecorato (2016) atrelar saúde ao exercício da multiplicidade das formas de viver é privilegiar a capacidade de experimentar outras formas de conexão, praticando diferentes modos de estar no mundo.

Retomando os nossos objetivos de nossa pesquisa em que destacamos a importância da Dimensão sociocultural para os avanços da Reforma Psiquiátrica, cabe tecer algumas considerações. Porém, antes disso, sempre se faz necessário, nos questionar quanto aos principais objetivos da Reforma, com Amarante (2015,p.19) que são:

[...] transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco e com a doença mental, conduzindo tais relações no sentido da superação do estigmas, da segregação, da desqualificação dos sujeitos ou, ainda, no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados.

Reafirmar a complexidade da Reforma Psiquiátrica, as diversas conexões e os entrelaçamentos das suas diversas dimensões. As narrativas dos nossos participantes revelam os diversos aspectos que vão contribuir para os seus modos de subjetivação. Para a propagação e os avanços da Reforma precisamos pensar em estratégias que se disseminam por todas as dimensões. Vamos problematizar alguns pontos:

Dimensão Teórico-conceitual: esta dimensão, apesar de sua importância, pois atua diretamente na formação dos trabalhadores, também é pouco abordada e influencia de forma significativa nas diversas dimensões. A formação no campo da Atenção Psicossocial e da Redução de Danos exige reflexão sobre os conceitos de ciência e produção de conhecimento e como este se legitima, os diversos paradigmas, estruturas, relações de poder (AMARANTE, 2015).

Na questão do álcool e outras drogas, os proibicionistas se articulam com o paradigma biomédico e biologista, reforçando a neutralidade da ciência e referindo-se aos antiproibicionistas e antimanicomiais como sendo meramente “ideológicos” e sem fundamentação científica. O paradigma da história natural da doença é

sustentado pelo modelo de doença-cura e encontra-se presente no imaginário sociocultural.

Dimensão técnico-assistencial: Podemos afirmar que foi significativa a implantação de serviços a partir da Lei 10.216. O fechamento de inúmeros manicômios pelo país e a implantação da Rede de Atenção Psicossocial, tendo os CAPS seus maiores representantes, são dados significativos. Porém encontra inúmeras fragilidades, do ponto de vista, tanto de serviços assistenciais, como os CAPS III e CAPS AD III, leitos em hospital geral, como da sustentação deste trabalho em rede e intersetorial. Estas fragilidades se ampliam considerando a formação técnica dos seus trabalhadores, voltada para o paradigma biologista. O paradigma da Redução de Danos ainda não nos parece ressoar nos serviços.

O momento é extremamente preocupante em função da nota técnica da ABP e do Conselho Federal de Medicina, emitida no último 25/04/2017, em que questionam a estrutura da RAPS, recomendando o retorno dos ambulatórios de Psiquiatria, Unidades de Psiquiatria e não leitos em Hospital Geral. Nessa nota técnica reafirma-se o saber médico e psiquiátrico na condução da Política de Saúde Mental no país. Nas narrativas percebemos que o modelo de internação e de isolamento ainda é muito internalizado pelos nossos participantes. Essas medidas encontram respaldo e apoio popular, uma vez que são alimentadas permanentemente pela mídia.

Dimensão jurídico-político: Esta direção caminha junto com as demais dimensões, pois as ações disparadas são o sinalizador do imaginário cultural sobre os loucos e os drogados (dimensão sociocultural), as respostas encontradas no campo do cuidado (dimensão tecno-assistencial) e como a justiça responde a estas demandas (dimensão teórico-conceitual)

Conforme já afirmado, a evolução dos gastos em internações compulsórias no ES é estratosférica, saltando de quase dois milhões em 2011 para 35 milhões em 2017. Legitimar o caminho da judicialização não só no campo da Saúde Mental, mas no SUS é decretar a sua inviabilidade e falência. Outro aspecto importante refere-se ao campo dos direitos humanos e da cidadania. A psiquiatra contribuiu para a ideia de

periculosidade e a justiça da criminalização dos loucos e dos drogados legitimando a questão das interdições e os enclausuramentos.

Nas narrativas constatamos a recusa em serem tratados como criminosos e um apelo para que sejam considerados cidadãos e responsabilizados pelos seus atos.

Dimensão sociocultural: refere-se a ações e intervenções culturais visando à desconstrução do imaginário social dos loucos e drogados com a ideia de periculosidade e dos estigmas ligados à irresponsabilidade e criminalização.

Amarante (2015) afirma que a própria organização dos serviços, como eles operam considerando estas pessoas como cidadãos, exercitando formas de cuidado e acolhimentos que respeitem e contribua para seu empoderamento, favorece o incremento desta dimensão e que tem relação e interatividade com a participação social e política dos diversos atores envolvidos.

As diversas intervenções culturais realizadas ao longo destes trinta anos de luta antimanicomial pela via da música, da arte, da dança, apropriando-se da cidade têm um efeito considerável neste processo de transformação cultural e social. Como nos aponta Mafesolli o imaginário se revela para além da racionalidade e estas práticas tem o papel potencializador de ativá-lo (2001). Na sua complexidade transversal, o imaginário opera nas mais diversas situações e em todos os domínios da vida, nos processos revolucionários, mas também contrarrevolucionários.

Nesse sentido, ao trabalharmos com a pesquisa-intervenção, colocando em discussão diversos temas e problematizando os paradigmas da abstinência x redução de danos, acreditamos ter contribuído para jogar sementes que possam germinar, se enraizar e dar frutos. Sentimos que há condições e disponibilidade para isto. A usuária **S1** ao fazer uma narrativa sobre nossos encontros nos contempla e nos anima:

[...] venho dizer que foi um prazer interagir nessas semanas com você. Essas cinco semanas foram de bom proveito e também nos mostrou que estar em grupo faz bem a alma e o coração. Sabemos que não é fácil lutar contras as drogas, seja ela ilícita ou lícita, pois quaisquer delas já nos é prejudicial a saúde. Mas um dos problemas mais agravante é o preconceito. Porém você

com o seu jeito calmo e tranquilo de se expressar nos ajudou a enxergar que é provável lutar contra o preconceito. Eu agradeço em nome de todo o grupo por estar conosco todos esses dias e agradecermos também pela presença de Karina, pois ela nos foi uma auxiliar exemplar.

A luta contra as drogas, a busca pela abstinência, a legitimação da internação se fazem predominantes, mas convivem com o preconceito, a discriminação, o direito ao trabalho, à moradia, à cidade, enfim o desejo de uma vida digna também pulsa com força nestas pessoas.

A seguir, apontamos algumas pistas que consideramos importantes para a continuidade deste percurso.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS OU PISTAS

Os encontros realizados com as pessoas usuárias do CAPS AD foram extremamente ricos e potentes, podendo chamá-los de bons encontros numa visão spinoziana¹¹. Todo o processo dos encontros foram muito concorridos e participativos mostrando uma disponibilidade e desejo das pessoas estarem ali. Os temas tratados foram abordados com leveza e suavidade, sem resistência e com uma perspectiva de que queriam discutir mais, falar sobre. Estes encontros nos remetem a Deleuze quando fala

[...] afirmar é tornar leve; não é carregar a vida sob o peso dos valores superiores, mas criar valores novos que sejam os da vida, que façam a vida leve e ativa. Só há criação propriamente dita à medida que, longe de separarmos a vida do que ela pode, servimo-nos do excedente para inventar novas formas de vida” (DELEUZE, 1976, p.154).

Remete-nos também a Benjamin (1994) quando revela a potência do ano de narrar e diz que quem escuta uma história está em companhia do narrador. Narrar suas histórias nos pareceu ter um significado especial para essas pessoas, de alguém que se coloca disponível e interessada em ouvi-las. Devo confessar que os encontros despertaram em mim saudade do trabalho realizado no CAPS da Ilha, onde saímos no final do ano de 2012, e o desejo de continuar o trabalho agora no CAPS AD de outras formas, outros agenciamentos. Não é por acaso que expressamos no início deste trabalho que “o desejo é revolucionário, porque sempre quer mais conexões, mais agenciamentos (Deleuze, Dialogue).

Por outro lado, o paradigma da abstinência e consequente política de Guerra às Drogas comparece quase de forma hegemônica junto a estas pessoas. O desejo de “ficar limpo” e de um mundo livre das drogas atravessaram praticamente todas as narrativas dessas pessoas.

Deleuze e Guattari (2000 apud SILVA, 2010) sugerem que produzamos forças para abalar o verbo ser. Então nenhum de nós cabe em uma figura identitária ou em um atributo: eu sou isso, eu sou aquilo.

¹¹ Para Spinoza (2009), o encontro entre dois corpos produz afetos que resultam em maior ou menor potência na forma de agir. Quando dois corpos se encontram e ocorre um transbordamento de vida, potência e alegria configura-se como um bom encontro. Spinoza, B. (2009)

Recordamo-nos de uma reflexão de um representante da OAB, da Comissão de Direitos Humanos, em uma reunião do Movimento Cidadão em Defesas das Políticas Sociais e dos Direitos Humanos em 2015, referindo-se a nós, profissionais já com certa experiência de vida (quarenta anos para frente): “tínhamos tudo para sermos homofóbicos, manicomiais, proibicionistas e racistas, referindo-se a forma como tínhamos passado pelos processos educacionais e de vida. No entanto, estávamos ali compondo um coletivo em defesa dessas pautas. Nossa própria trajetória de vida pessoal e profissional, que no início de carreira acreditávamos e defendíamos a política de guerra às drogas e abstinência como única forma de cuidado, assumimos hoje uma posição radical em defesa da redução de danos, atenção psicossocial como princípios e uma ética e um compromisso de vida. Como tão bem nos coloca Deleuze e Guattari, somos feitos de linhas, linhas duras, moleculares, molares e de fuga e estas vão se entrelaçando e formando diversas composições nos nossos processos de existência. Um processo sempre em construção.

A demonização das drogas e a corrente entorpecedora, predominantemente midiática, que tomou conta da sociedade brasileira com a epidemia do crack ainda é muito avassaladora e só perdeu força porque entrou em jogo uma outra corrente que foi a demonização das esquerdas e das conquistas sociais deste país a partir de 2013. Estes acontecimentos afetaram a todos, interferindo nos nossos modos de subjetivação.

Se os desafios já eram enormes quando problematizamos em 2013 a questão de tímidos avanços na dimensão sociocultural de Reforma Psiquiátrica, principalmente em mudança de olhares e visão da sociedade sobre “loucos” e “drogados”, agora se tornam colossais, face à nova conjuntura econômica, política, social e cultural em que estamos vivendo. Se naquele período já sinalizávamos os campos controversos do ponto de vista das políticas e do próprio governo, hoje temos no Governo Federal, representantes que são declaradamente contrários ao SUS, à Reforma Psiquiátrica, ao SUAS, Direitos Humanos, com respaldo e conivência dos outros poderes, Legislativo e Judiciário. O mais assustador de tudo isso é que se encontra respaldo popular em todas as classes sociais.

Os últimos acontecimentos dos massacres nos presídios em Manaus e Roraima¹² com a carnificina de mais de cem presos e a repercussão disto nas redes sociais é desalentador. O Secretário Nacional de Políticas para Juventude dá uma declaração pública para um jornal de âmbito nacional dizendo que deveria haver uma chacina por semana, defendendo claramente o extermínio de “bandidos”, chegamos ao nível de legitimação da barbárie. Falas como “bandido bom é bandido morto” se dissemina como uma epidemia por toda a sociedade sem nenhum escrúpulo.

A sociedade brasileira, reforçada pelo imaginário cultural de um povo cordial, alegre e solidário, cultivada por intelectuais como Freyre e Buarque* e disseminada pelas elites, como nos coloca SOUZA (2016), tem sido desnudada nos últimos anos, revelando uma visão conservadora e fascista sobre os modos de viver constituídos, reproduzindo um horror aos pobres e às minorias, conceituados por este autor como a ralé.

Pensamos que a Dimensão sociocultural pensada por Amarante (2007) no campo da Reforma Psiquiátrica e reafirmada por Yassui (2010) como projeto de civilização, a utopia de mudar o mundo, transborda para além do campo da saúde mental e deva ser pensada em todas as instâncias da vida como outras formas de sociabilidade. É uma luta que não é só do campo da saúde ou das políticas sociais, mas de todos aqueles que acreditam que a vida individual e coletiva vale a pena ser vivida.

Todos aqueles que, como afirma Merhy (2016) acreditam que no viver de cada um há potência para a produção de mais vida com os outros na medida em que o outro é minha construção, também como afirma a palavra africana UBUNTU (eu sou o que somos). É uma luta por um outro imaginário social em que todos estão implicados.

Como não desistir da luta, esmorecer, adoecer diante deste cenário tão assustador? Devemos buscar com criatividade, inventividade, novas formas de resistência, para

¹² Uma crise no sistema carcerário, que explodiu em janeiro de 2017, deixou, em 15 dias, mais de 130 mortos. Em dez episódios diferentes ocorridos em oito estados (Alagoas, Amazonas, Paraíba, Paraná, Santa Catarina, São Paulo, Rio Grande do Norte e Roraima), muitos deles ligados à guerra de facções que ocorre nos presídios. Fonte: Carta Capital em 16/01/2017

não perdemos nossas conquistas e avançarmos neste percurso cada vez mais árido.

Para isto, apontamos algumas pistas que possam nos ajudar no processo de manter vivo nosso espírito inquieto e militante e contribuir para avançarmos sempre neste percurso:

Pista 1: Importante neste caminho vivido e experienciado nesse pouco tempo no encontro com essas pessoas, reafirmar o princípio do acolhimento com todas as singularidades, sem polarizações numa busca de um caminho certo ou errado. Até porque todos nós vamos, a duras penas, construindo nossos processos e modos de subjetivação com todas nossas incoerências, e isso que faz mantermos vivos. Romper com a lógica das binarizações e caminhar na das transversalização é um dos pressupostos do paradigma da redução de danos.

Pista 2: Promover mais espaços de discussão, trazendo para o diálogo a temática da redução de danos, provocar tensões, desconfortos mas também possibilitar reflexões e outros modos de agir. Trabalhar na perspectiva da Redução de Danos implica em problematizar outras formas de existir, outras relações de poder que atravessam as drogas, criando novos agenciamentos para além de usuário de drogas/criminoso e/ou usuário de drogas/doente.

Vale ressaltar que a grande maioria das pessoas que participaram dos encontros passaram por diversas experiências de internação em clínicas e em comunidades terapêuticas e não conseguiram a tão falada abstinência, mas a reafirmam a todo momento, sem uma reflexão mais detalhada deste percurso. Muitos deles reconhecem a imensa dificuldade neste processo, quando falam do que é uma crise de abstinência. Isso nos parece também que o CAPS AD, embora tenha como seus princípios a questão da redução de danos, não faça ressonância na maioria destes usuários. Apenas um dos nossos participantes assume o discurso da redução de danos, trazendo em sua fala o fato de ter feito um curso pelo CEPAD. Os efeitos de sua fala foram pouco sentidos pelo grupo, provavelmente por sua frequência instável nos encontros, mas também por não fazer parte de suas realidades.

Realizar oficinas com familiares e usuários nos serviços em parceria com o movimento da luta antimanicomial pode ser uma estratégia importante de mobilização destes sujeitos. A metodologia da Educação Popular e os princípios da Atenção Psicossocial utilizada nas oficinas que realizamos com os familiares de usuários de álcool e outras drogas, numa proposta de formação, se mostrou muito potente e efetiva. Acreditamos que possa ser útil para trabalhar também com os usuários.

Pista 3: Cabe problematizar também como os serviços vem atuando ou não na perspectiva de uma rede de cuidados em saúde mental. Vitória conta com uma rede de atenção psicossocial com diversos serviços, mas com vários pontos frágeis ou inexistentes, tais como a Unidades de Acolhimento (que fechou em 2014), Centros de Convivência, leitos em hospital geral. Percebe-se também frágil articulação dos pontos de atenção existentes, que não se sustentam pelos princípios da clínica ampliada, transversalidade e da redução de danos. Como dialogam serviços que estão umbilicalmente ligados como os consultórios na rua, IST? Como se mantém e se relaciona o PRD- Programa de Redução de Danos em Vitória? Nas narrativas dos usuários isso não pareceu criar nenhuma ressonância ou ponto de tensão. Questões que merecem ser problematizadas pelos serviços e pelos militantes da luta antimanicomial como pontos fundamentais para se avançar as deliberações da IV Conferência Nacional Intersetorial de Saúde Mental, realizada em 2010. Como trabalhar até mesmo internamente, como o serviço está lidando com a Redução de Danos na perspectiva clinico-política? Que estratégias que podem ser criadas para que se possa avançar nesta perspectiva?

Pista 4: Reafirmar o papel dos CAPS não apenas como lugar de tratamento dos sujeitos, mas principalmente de espaço de fortalecimento da autonomia, empoderamento e de cidadania das pessoas. Democratizar seus espaços, abrir suas portas, potencializar as assembleias, viabilizar participação dos usuários nos diversos movimentos sociais e culturais da cidade contribuem para este objetivo. A participação social precisa ser gestada e vivenciada nos diversos serviços da rede de atenção para que possa disseminar nos mais diversos espaços públicos. O Núcleo da Luta Antimanicomial já pautou como estratégia para este ano, realizar

encontros formativos itinerantes nos diversos CAPS dos municípios da Grande Vitória.

Pista 5: Pensar a variável trabalho como estratégia importante no processo de modo de subjetivação destas pessoas. Praticamente todos eles reafirmam a sua importância em suas vidas não só para seus sustentos, mas como uma importante maneira de aumento da autoestima e autonomia destas pessoas. No entanto, parece haver poucas iniciativas pensadas para esta questão. Talvez ainda perpassa no imaginário dos profissionais a ideia conservadora que trabalhar para os usuários de drogas é sinônimo de dinheiro para comprar drogas e assim não priorizam essa questão. Importante e indispensável que os serviços busquem articulações e participação nos fóruns da Economia Solidária ou provocar estas discussões na rede intersetorial.

Pista 6: Retomar a luta pela implantação de um Centro de Convivência e Cultura em Vitória ou regionalizado (envolvendo os diversos municípios da Grande Vitória) como importante dispositivo de fazer circular pela via da cultura, da arte, do lazer e do trabalho outras formas de subjetivação dos usuários dos serviços de saúde mental, contribuindo para se trabalhar a dimensão sociocultural da reforma.

Pista 7: A Redução de Danos em toda sua trajetória tem como sua força e sua potência uma forma de operar e governar ancorada na multiplicidade. Ela se constituiu apostando na heterogeneidade, que se encontra na multidão (NEGRI & HARDT, 2011) e ao mesmo tempo, na consolidação de um compromisso comum. O Programa de Redução de Danos-PRD possibilitou agenciamentos extremamente potentes, atuando junto às associações e incluído numa gestão comum em rede. A criação de uma rede coletiva e participativa produziu efeitos clínicos altamente significativos em todos os envolvidos; ancorada na ideia de cogestão e co-responsabilização, elas emergem como efeitos da coprodução de saúde, uma vez que as regras são estabelecidas em cada encontro e a partir dos vínculos que são instaurados (SOUZA, 2011).

A estrutura atual da RAPS não contempla os redutores de danos que tiveram um papel importante na sua fase inicial e com tamanha potência. Repensar estratégias

para resgatar este dispositivo de acolhimento, aproximação com os sujeitos, ao mesmo tempo de uma oferta concreta de renda e de outro lugar de contratualidade nos parece ser um caminho em direção à autonomia e cidadania destas pessoas.

Pista 8: Em termos das ações do movimento da luta antimanicomial, buscar articulação com estudantes de comunicação social, do direito de universidades públicas e privadas, no sentido de produzir formas e canais de informação que permitam a veiculação de discursos contra hegemônicos nesta luta contra as drogas e assim propor intervenções inventivas pela via da comunicação e da mídia para mudanças culturais.

Enfim, pistas e tantos desafios pela frente. Não desistir da luta, nos fortalecendo e nos apoiando. Diante do acontecimento, efetuar o possível, é criar agenciamentos que lhe deem consistência, afirmando outras possibilidades de vida (DELEUZE apud MACHADO, 2010). Inventar novos de estar neste mundo pode criar possibilidades para escapar do intolerável ou de tudo aquilo que tem nos desapossado deste mundo.

Esta pesquisa é fruto de desejos, inquietações e desassossegos. Neste processo de conclusão não de um ciclo, mas de acontecimento que não se esgota, que transborda e nos fortalece no processo de construção de conhecimento e que contribui para nos fazer pensar, refletir e de continuar apostando no compromisso ético-estético-político na luta pela defesa incondicional de vida digna para todos.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS, 1994, A História de como Milhares de Homens e Mulheres se Recuperaram do Alcoolismo. São Paulo, Centro de Distribuição de Literatura de AA para o Brasil.

ALARCON, S. O Uso Prejudicial de Dependência de Álcool e Outras Drogas. In Políticas e Cuidado em Saúde Mental- contribuições para a prática profissional. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ,2014.

AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P. Loucura, Cultura e Subjetividade . Conceitos e Estratégias, Percursos e Atores da Reforma Psiquiátrica. In: *Teoria e Crítica em Saúde Mental*, São Paulo: Zagadoni Editora, 2015.

ARAÚJO, Lucivaldo. Religiosidade e Saúde Mental: enredos culturais e ecos clínicos. Jundiaí, Paco Editorial,2016.

ARENARI, Brand & DUTRA,Fernando. A religião e seu potencial na recuperação de usuários do crack: “os longos futuros” In Crack e exclusão social/org. SOUZA,Jessé...Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas,Brasília, 2016.

AZEREDO, Verônica Pacheco de Oliveira. Nietzsche: a grande saúde e o sentido trágico da vida. Cadernos Nietzsche 28,2011.

BARROS, L. M.R. & BARROS, E. O problema da Análise em Pesquisa Cartográfica. Fractal. Revista Psicologia: v. 25, n.2. p373-390, mai/ago/2013.

BASAGLIA, Franco. *A Instituição Negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BASTOS, Paulo Roberto da Silva. Criminalidade feminina: Estudo do perfil da população carcerária feminina da Penitenciária Professor Ariosvaldo de Campos Pires – Juiz de Fora (MG)/2009

BASTOS, F. & BERTONI, L. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack- Laboratório de Infomações em Saúde-LIS/ICT- FIOCRUZ, Rio de Janeiro,2014.

BAUMAN, Zygmund. *Vida líquida*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed.,2007.

BENJAMIN, Walter. O Narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In: *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. São Paulo: Brasiliense, 1994, p. 197-221.

BICALHO, Pedro Paulo G. Drogas, Direitos Humanos e Laço Social. - Brasília: CFP, 2013.

BOITEUX, Luciana. *Controle Penal sobre as Drogas Ilícitas: Impacto do Proibicionismo no Sistema Penal e na Sociedade*. São Paulo: Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, 2006.

BOKANY, Vilma. Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça - Proximidades e opiniões. São Paulo. Editora Fundação Perseu Abramo,2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRANCO, N.M.M.C et al. Desconstruindo mitos e preconceitos sobre “loucos e drogados: uma proposta de ação educativa para familiares de usuários de álcool e outras drogas na perspectiva da educação popular.In Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais.Universidade Federal de São João Del Rey, MG,2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Política sobre Drogas. Oficina de Alinhamento Conceitual. Brasília: Ministério da Justiça, 2012.

BRITES, Maria Cristina. Política de Drogas no Brasil: usos e abusos In: Drogas no Brasil-entre a saúde e a justiça-proximidades e opiniões. São Paulo: Editora Perseu Abramo, 2015.

BURGIERMAN, Denis Russo. O Fim da Guerra. A maconha e a criação de um novo sistema para lidar com as drogas. São Paulo: Leya,2011.

CAPONI, Sandra. Biopolítica e medicalização dos anormais. In: *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro,19(2):529-549, 2009.

CLEMENTE, Anselmo. Cidade e Políticas sobre Drogas: desafios da Reforma Psiquiátrica no contemporâneo. Dissertação de Mestrado do Programa de Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo,2014.

DALBELLO-ARAÚJO,M. Comunidade Ampliada de Pesquisa. In:ROSA, E.M;; SOUZA,L.: AVELAR,L. (Orgs). Psicologia Social: temas em debate. Vitória:GM. Editora ABRAPSO-ES, p.109-126,2008.

DAMAS, Fernando B. Comunidades Terapêuticas no Brasil. Expansão, Institucionalização e Relevância Social in: *Revista Saúde Pública*, SC, Florianópolis, v.6 n.1. p.50-55,jan/mar-2013

DELEUZE, G. Que és un dispositivo? In: *Michel Foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa, 1990, pp. 155-161. Tradução de Wanderson Flor do Nascimento

DELGADO, Pedro G. *Subjetividade de Consumo de Álcool e Outras Drogas e as Políticas Públicas Brasileiras*. Conselho Federal de Psicologia, Brasília: CFP, 2010.

DERRIDA, J. *A farmácia de Platão*. São Paulo: Iluminuras, 1997.

DELMANTO, Julio. Drogas e Opinião Pública: hegemonia e desinformação. In: *Drogas no Brasil entre a saúde e a justiça-proximidades e opiniões*. São Paulo: Editora Perseu Abramo, 2015.

DOMINGUEZ, Bruno. Entrevista Orlando Zaccone. *Radis Comunicação e Saúde*, Rio de Janeiro/RJ, n. 155, ago. 2015.

ESCOHOTADO, Antonio. *Historia General de las Drogas*. Madrid: Espasa, 1996.

FILEV, Renato. Como você se comporta? Dilemas sobre as dependências de Drogas In *Drogas no Brasil entre a saúde e a justiça-proximidades e opiniões*. São Paulo: Editora Perseu Abramo, 2015.

IORE, Maurício. *Uso de Drogas: substâncias, sujeitos e eventos*. Tese de Doutorado do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, 2013.

FOUCAULT, Michel. *A História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo. Ed. Perspectiva SA, 1972.

FOUCAULT, Michel. *A hermenêutica do sujeito*. 2 ed. São Paulo, Martins Fontes, 2006.

FROCHTENGARTEN, F. *A entrevista como método: uma conversa com Eduardo Coutinho*. Psicologia USP, São Paulo, janeiro/março, 2009, 125-138

GAGNEBIN, Jeanne Marie. *História e Narração em Walter Benjamin*. Ed Perspectiva, 2 ed. São Paulo, 1999.

GADELHA, M. J. A., & FREITAS, M. D. L.O. (2010). A Arte e a cultura na produção de saúde: A história da tenda do conto. *Revista Brasileira Saúde da Família*, Ano XI, n 27 (jul/dez 2010), Brasília: Ministério da Saúde, p. 54-58.

GOFFMAN, E. Manicômios, Prisões e Conventos. São Paulo; Editora Perspectiva, 1961.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Sueli. *Micropolítica. Cartografias do desejo*. 4 ed. Petropolis, Vozes, 1996.

HARI, Johann. Perseguindo o grito: os primeiros e os últimos dias da guerra contra as drogas **Chasing the Scream** The First and Last Days of the War on Drugs, Editora: Bloomsbury USA, 2015

HART, Carl. Um preço muito alto. A Jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas. Ed. Zahar, 2014.

KARAM, M.L. A Lei 11.343/06 e os repetidos danos do proibicionismo. In: *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA, 2008.

KINOSHITA, RT. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, A. (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. p.55-59.

KINOSHITA, Roberto Tikanori. Projeto Terapêutico Singular. Módulo 6 do Curso de Atualização em Álcool e Outras Drogas, da Coerção à Coesão: Recursos e Estratégias do Cuidado, unidade 1 UNASUS, MS. 2015

LANCETTI, Antonio. *Clinica Peripatética*. São Paulo, Hucitec, 2006.

LANCETTI, Antonio. *Contrafissura e Plasticidade Psíquica*. Hucitec, 2015.

MACHADO, Leila. Subjetividades Contemporâneas. In:BARROS, M. Elizabeth(org) Psicologia:questões contemporâneas. Vitória:Edufes,1999.

MACHADO, Leila & LAVRADOR, Maria Cristina. Subjetividade e Loucura: saberes e fazeres em processo. Vivencia, (32), p 79-95, 2007

MACHADO, Leila Domingues. Subjetivação à Flor da Pele. Informática na Educação: teoria e prática, Porto Alegre, jul/dez.2010.

MAFESOLLI, Michel. O Imaginário é uma Realidade. Revista FAMECOS. Porto Alegre,número 15, ago-2001.

MANSANO, S.R.V. Sujeito, subjetividade e modos de subjetivação na contemporaneidade. In: *VII Encontro Científico da Pós-Graduação em Psicologia-Revista de Psicologia da UNESP*,8(2). 2009.

MARQUES, L & DONEDA,D. A Política Brasileira de Redução de Danos à Saúde pelo uso indevido de drogas: Diretrizes e seus desdobramentos nos Estados e Municípios. In BASTOS, Franciso I. MESQUITA, Fábio. MARQUES, Luiz Fernando. *Troca de Seringas. Drogas e Aids, ciência e saúde pública*. Brasília. Ministério da Saúde/Coordenação Nacional de DST e Aids, 1998.

MARTINS, Elizabeth & ZEITONE, Regina. As condições de trabalho como fator desencadeador do uso de substâncias psicoativas pelos trabalhadores de enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm 2007 dez; 11 (4): 639 - 44.

MERHY, Emerson Elias. UBUBTU: eu sou o que somos. In: Entre pedras e fissuras: a construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no Brasil. Hucitec, São Paulo. 2016.

MOEBUS, Ricardo Luiz Narciso. O Trágico na Produção do Cuidado: uma estética da saúde mental. Rede UNIDA, Porto Alegre, 2014.

MOREIRA, T.R.S.R. *Maratonas e rambles: a emergência dos tóxicos como um problema social no início do século XX*. Dissertação de Mestrado - Universidade Estadual de Campinas, 2015.

NERY FILHO A. Por que os humanos usam drogas? In NERY FILHO et alii (org.). *As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais*. EDUFBA, 2012.

NUNES, Gustavo. *O Projeto Terapêutico e Mudança nos modos de produzir Saúde*. Hucitec. São Paulo, 2008.

OLIVEINSTEIN, C. *A Droga*. São Paulo. Brasiliense, 1988.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009

PASSOS, E. Pensar diferentemente o tema das drogas e o campo da saúde mental. In: SANTOS, Loiva Maria de Boni (Org.) *Outras Palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas*. Porto Alegre, Conselho Regional de Psicologia do RS, 2010.

PASSOS, E; SOUZA, T.P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. In *Psicologia & Sociedade*; 23, p 154-162, 2011.

PASSOS, E. O uso da entrevista na pesquisa-intervenção participativa em saúde mental; dispositivo GAM como entrevista coletiva. In *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 18. 2813-2824, 2013.

PETUCO, Denis. *Entre imagens e palavras: o discurso de uma campanha de prevenção ao crack*. Dissertação de Mestrado- Universidade Federal da Paraíba, 2011.

POZZANA DE BARROS, L; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009

RASCH, Scheila Silva. Flores conversam no Jardim: Estratégias do cuidado de si por mulheres em tratamento no CAPS AD/CPTT na reinvenção de suas vidas. Tese de Doutorado do Programa de pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, 2014.

REIS, R. dos; GARCIA, Maria L. T. A trajetória de um serviço público em álcool e outras drogas no município de Vitória: o caso CPTT. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, n.6, p 1965-1974,2008.

RODRIGUES, Igor de Souza. Crack, a noia da mídia. In:Crack e exclusão social. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2016.

RODRIGUES, Thiago. *Tráfico, Guerra, Proibição. In.Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador. EDUFBA, 2008.

ROCHA, M & AGUIAR, K. Pesquisa- intervenção e a produção de novas análises. *Psicologia: ciência e profissão*. Brasília, 2003.

ROLNIK, Sueli.Toxicômanos de identidade. Subjetividade em tempos de globalização. In: *Cultura e Saberes Nômades*, org.Daniel Lins. Papirus, Campinas 1997, p.19-24.

ROSA, Pablo Ornelas. *Uso Abusivo de drogas. Da subjetivação à legitimação através do poder psiquiátrico*. Rev. Pan-Amaz Saúde 20110, 1;27-32

SANTOS, Clayton & YASSUI, Sílvio. Muito além do Caps AD: o cuidado no território e na vida. In: *Entre Pedras e Fissuras: a construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no Brasil*.São Paulo, HUCITEC, 1 ed.,2016.

SILVA, Claudia C. R. Da Punição ao tratamento: rupturas e continuidades na abordagem do uso de drogas. In. Mais substâncias para o trabalho com usuários de drogas. 1 ed. Porto Alegre, REDE UNIDA, 2014.

SILVA, Flávia Costa da. Redução de Danos: campo de possibilidades para práticas não proibicionistas em saúde. In: SANTOS, Loiva Maria de Boni (Org.) Outras Palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas. Porto Alegre, Conselho Regional de Psicologia do RS, 2010.

SILVA, Rosimeire. No meio de todo caminho, sempre haverá uma pedra. IN. Drogas, Direitos Humanos e Laço Social. - Brasília: CFP, 2013.

SIMÕES, Julio Assis. Drogas e Cultura; novas perspectivas. Salvador, EDUFBA, 2008.

SIQUEIRA, Domiciano. Conversa com Domiciano Siqueira sobre redução de danos. In. Clínica peripatética. São Paulo, HUCITEC, 2006.

SOUZA, Jessé de. A Tolice da Inteligência Brasileira ou como o país se deixa manipular pela elite. São Paulo: LeYa, 2015.

SOUZA, Jessé de. A Radiografia do Golpe.

SOUZA Kátia Ovídia José. A pouca visibilidade da mulher brasileira no tráfico de drogas *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 14, n. 4, p. 649-657, out./dez. 2009

SOUZA, Tadeu de Paula. Redução de Danos no Brasil: A clínica e a política em movimento. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2007.

TEDESCO, S.; SADE, C.; CALIMAN, L. A entrevista na pesquisa cartográfica *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 25 – n. 2, p. 299-322, Maio/Ago. 2013

TEDESCO, S & PECORATO, L. O Conceito de normatividade e a perspectiva da redução de danos: uma proposta à saúde do usuário de drogas. In: Entre Pedras e Fissuras: a construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no Brasil. São Paulo, HUCITEC, 1 ed., 2016.

TORRE, Eduardo & AMARANTE. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental Ciênc. saúde coletiva vol.6 no.1 Rio de Janeiro 2001

YASUI, S. *Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Rio de Janeiro, 2010.

VARGAS, Eduardo Viana. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia sobre drogas. In Drogas e Cultura: novas perspectivas. Salvador, EDUFBA, 2008.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE CRENÇAS

Assinale com um X nas questões conforme:

- 1) As drogas ilegais são mais perigosas do que as drogas legais.

() Concordo () Discordo

- 2) Todas as pessoas que usam drogas são dependentes e precisam de tratamento.

() Concordo () Discordo

- 3) Pessoas usuárias de drogas têm direito à saúde como qualquer outra.

() Concordo () Discordo

- 4) Pessoas usuárias de drogas ilegais são criminosas, devem ser presas e obrigadas a pagar por este crime.

() Concordo () Discordo

- 5) Pessoas usuárias de drogas revelam falta de caráter ou sem-vergonhice.

() Concordo () Discordo

- 6) Pessoas usuárias de drogas só podem ser ajudadas quando aceitam ser internadas.

() Concordo () Discordo

- 7) A melhor forma de tratamento para pessoas usuárias de drogas é a internação prolongada.

() Concordo () Discordo

- 8) Pessoas usuárias de drogas não tem condições de decidirem sobre suas vidas.

() Concordo () Discordo

- 9) O tratamento adequado é abstinência de todas as drogas.

() Concordo () Discordo

- 10) Tem pessoas que conseguem ter uma relação de diminuição do uso de drogas bem como substituir por outra que cause menos prejuízo.

() Concordo () Discordo

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



SECRETARIA DO PPGPSI
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL
CCHN/UFES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Informações às pessoas participantes

1. Convite

Você está sendo convidada (o) a participar da pesquisa de mestrado vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo, intitulada **O IMAGINÁRIO SOCIOCULTURAL DOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E SEUS MODOS DE SUBJETIVAÇÃO FRENTE À POLÍTICA DE GUERRA ÀS DROGAS.**

Antes de decidir se participará, é importante que você entenda as propostas da pesquisa para verificar se concorda com elas. Reserve um tempo para ler cuidadosamente as informações a seguir e faça perguntas se algo não estiver claro ou se quiser mais informações.

Não tenha pressa de decidir se deseja ou não participar desta pesquisa.

2. Título da pesquisa

O IMAGINÁRIO SOCIOCULTURAL DOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E SEUS MODOS DE SUBJETIVAÇÃO FRENTE À POLÍTICA DE GUERRA ÀS DROGAS.

3. Justificativa

A Política de Guerra às Drogas, intensificada no início do novo milênio, disseminou a ideia de “um mundo sem drogas”, e consequentemente ações com vista a eliminá-las. Isto afetou consideravelmente as pessoas que fazem uso das drogas, das mais diversas formas, que vão do uso recreativo ao uso problemático e abusivo delas, aumentando o preconceito e a discriminação destas pessoas. O modelo de cuidado na perspectiva da redução de danos e da atenção psicossocial reafirmado pelo SUS e Reforma Psiquiátrica vão na direção da cidadania das pessoas e da sua singularidade. Neste sentido a

pesquisa busca refletir sobre os efeitos e os impactos da Política de Guerra às drogas sobre as pessoas atendidas nesta perspectiva de cuidado.

4. O que é o projeto?

O projeto consiste em produzir reflexões relacionadas ao imaginário sociocultural e modos de subjetivação dos usuários de álcool e outras drogas frente à política de guerra às drogas. Estas reflexões se darão a partir das escutas e diálogos com os sujeitos atendidos nos serviços de atenção psicossocial álcool e outras drogas.

5. Qual é o objetivo do estudo?

O projeto visa resgatar e problematizar os possíveis atravessamentos relacionadas ao imaginário sociocultural e modos de subjetivação dos usuários de álcool e outras drogas frente a política de guerra às drogas e a partir deles provocar processos para os avanços da dimensão sociocultural da reforma psiquiátrica, no que se refere a mudança de cultura pela sociedade sobre a questão do uso e dos usuários de drogas.

6. Por que você foi convidada (o)?

Devido a nosso contato anterior, você foi convidada (o) a participar da pesquisa devido ao fato de ser atendido pelo CAPS ad III que atende pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas. As atividades serão oferecidas para todos e a participação é voluntária, conforme desejo e autorização dos interessados.

7. Eu tenho que participar?

Você é quem decide se gostaria de participar ou não desta pesquisa. Se decidir participar do projeto em questão, você receberá esta folha de informações para guardar, deverá assinar um termo de consentimento e poderá participar e propor questões ao longo de toda a atividade de pesquisa. Mesmo se você decidir participar, você ainda tem a liberdade de se retirar das atividades a qualquer momento e sem dar justificativas. Isso não afetará em nada sua participação em demais atividades.

8. O que acontecerá comigo se eu participar? O que eu tenho que fazer?

Você participará de encontros/rodas de conversa utilizando a metodologia da entrevista coletiva, com gravação de áudio. **Importante mencionar que estes encontros/rodas de conversa têm caráter sigiloso e que seu nome não será revelado.** Além disso, não

haverá a gravação de imagens, somente do áudio. Somente a pesquisadora terá acesso ao áudio na íntegra, que será transcrito na forma de texto.

9. Duração e local da pesquisa

A pesquisa será realizada no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas-CAPS ADIII e serão realizados cinco encontros/rodas de conversas, de duas a três horas, cada, semanal ou quinzenalmente, conforme a disponibilidade dos usuários e/ou do serviço. Se semanal, será realizado em 30 a 40 dias. Se quinzenal, em 75 dias.

10. O que acontece quando o estudo termina?

Você poderá solicitar participação a qualquer momento da atividade de pesquisa. Além disso, ao final, a pesquisadora irá propor uma devolutiva sobre as questões elencadas e o resultado. Além disso, os resultados vão compor o acervo de pesquisas da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES, ficando disponíveis para consulta.

11. Minha participação neste estudo será mantida em sigilo?

Sim.

12. Riscos e desconfortos

No processo das rodas de conversa, como trabalhamos com a escuta e as histórias de vida, isto pode provocar desconfortos e até desencadear algumas “crises” em algumas das pessoas. Cabe esclarecer que nossos encontros serão norteados pelos princípios da atenção psicossocial que vão na direção da autonomia, do protagonismo destas pessoas e também do acolhimento às mesmas. Os aspectos de subjetividade e singularidade estarão presentes e tais situações serão conduzidas no sentido de garantir o cuidado a estas pessoas. Imediatamente, ao identificar tais situações, o pesquisador fará o atendimento inicial, considerando seu percurso profissional neste campo de atuação, acionará o serviço onde o sujeito está inserido e onde a pesquisa se realiza, para dar seguimento ao atendimento que for necessário. O pesquisador compromete-se em monitorar o acompanhamento do sujeito e seu projeto terapêutico singular no período da duração da pesquisa.

13. Benefícios

Esta pesquisa visa contribuir para o protagonismo, autonomia e empoderamento dos usuários de drogas, no sentido de avançar na dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica, que trabalha na mudança de cultura e atitudes da sociedade, diminuindo os preconceitos com relação aos usuários de drogas. Com isto, se amplia o acesso e o cuidado das pessoas que fazem uso problemático de drogas. Nesse sentido, avaliamos que a proposta de pesquisa apresenta relevância científica, tecnológica e social.

14. Acompanhamento e assistência

Se necessário você poderá contar com o suporte, diálogo e acompanhamento dos pesquisadores da equipe desse estudo, na perspectiva da integração ensino-serviço, durante e após o encerramento da pesquisa.

15. Contato para informações adicionais

Se você precisar de informações adicionais sobre a participação na pesquisa:

Pesquisadora: Nicéia Maria Malheiros Castelo Branco

Assistente social - cress 514

E-mail: mimalheiros@globo.com

Telefone: (027) 999627895

Comitê de Ética em Pesquisa-CEP- Universidade Federal do Espírito Santo/Campus Goiabeiras - Av. Fernando Ferrari, 514, Goiabeiras, Vitória - ES, CEP 29.090-075, Sala 07 do Prédio Administrativo do CCHN, telefone: (27) 3145-9820, E-mail:

Obrigada por ler estas informações! Se deseja participar deste estudo, assine o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** anexo e devolva-o ao pesquisador.

Este termo será elaborado em duas vias rubricadas em todas as suas páginas e assinadas por você, participante ou seu representante legal, assim como pelo pesquisador, sendo que uma via será devolvida para você.



**SECRETARIA DO PPGPSI
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL
CCHN/UFES**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1 – Confirmando que li e entendi a folha de informações para o estudo acima e que tive a oportunidade de fazer perguntas.

2 – Entendo que minha participação, é voluntária e que sou livre para retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar dar explicações, e sem que meu tratamento médico ou direitos legais sejam afetados.

3 – Concordo em participar da pesquisa acima.

Nome da pessoa participante: _____

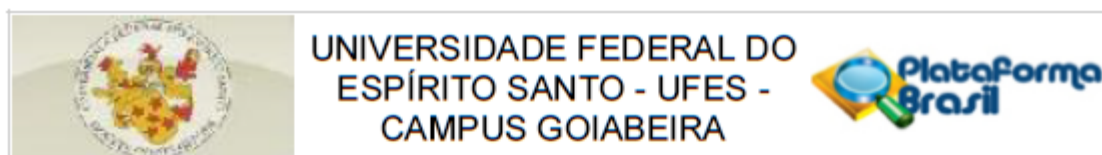
Assinatura da pessoa participante: _____

Data: ____/____/____

Na qualidade de pesquisadora responsável pelo projeto “O Imaginário sociocultural dos usuários de álcool e outras drogas e seus modos de subjetivação frente à Política de Guerra às Drogas”, eu, Nicéia Maria Malheiros Castelo Branco, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Nicéia Maria Malheiros Castelo Branco

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O IMAGINÁRIO SOCIOCULTURAL DOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E SEUS MODOS DE SUBJETIVAÇÃO FRENTE À POLÍTICA DE GUERRA

Pesquisador: NICÉIA MARIA MALHEIROS CASTELO BRANCO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57558216.7.0000.5542

Instituição Proponente: Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.690.165

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um Projeto de qualificação "mestrado em Psicologia Institucional/UFES". Propõe uma Pesquisa-intervenção com a utilização de entrevista coletiva: Realização de cinco encontros/rodas de conversa (15 sujeitos por encontro) - (temas: atenção psicossocial que vão na direção da autonomia, do protagonismo e da participação social destes sujeitos). O Roteiro dos encontros: 1) Apresentação dos objetivos do trabalho: Integração dos participantes e sensibilização para a temática das drogas; Apresentação dos participantes; Vivência: História do nome e desenho do nome; Dinâmica: expressar o que pensam sobre "drogas" a partir de colagem de revistas e de jornais. Em seguida, discussão dialogada sobre o tema; Avaliação do dia. 2) Como percebem o usuário de drogas? Vídeo: Crack é crack; Debate sobre os temas disparadores; Avaliação do dia. 3) Como veem o cuidado? Que visão tem da atenção psicossocial, da redução de danos? O que pensam da internação compulsória? Vídeo disparador sobre o tema: a ser definido; Avaliação do dia. 4) Expectativas, sonhos e perspectivas: Tenda dos contos: trazer um objeto significativo e falar das suas lembranças e sonhos a partir dele; Avaliação do dia. 5) Construindo uma cidade ideal para se viver

Dinâmica com sucata Discussão dialogada; Avaliação do processo e possíveis encaminhamentos

Critérios de inclusão: usuários atendidos no centro de atenção psicossocial álcool e drogas III, que

Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514-Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN

Bairro: Goiabelas

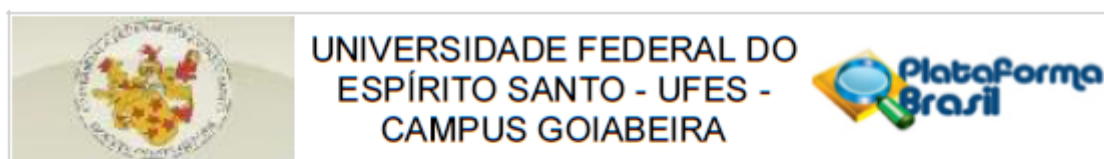
CEP: 29.090-075

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3145-9820

E-mail: cep.goiabelas@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.690.165

voluntariamente se apresentam e preenchem o tde.

Critério de Exclusão: usuários do centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas III, que convidados, não aceitam em participar da pesquisa.

Metodologia de Análise de Dados:

Utilização de narrativas, segundo Valter Benjamin como forma de análise dos dados.

A análise se desenvolve na participação dos sujeitos no sentido desses produzirem narrativas sobre suas experiências ligadas ao tema das drogas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Pesquisar o imaginário sociocultural dos usuários de drogas e seus modos de subjetivação atendidos no CAPS ADIII de Vitória, visando entender como o atual processo interfere, direta ou indiretamente nas suas concepções sobre o cuidado e consequentemente, na efetivação da atenção psicossocial

Objetivo Secundário:

- Conhecer as experiências das pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas e sua relação com as formas de cuidado;
- Entender como o atual processo de tensões e enfrentamentos no campo das drogas as tem afetado
- Analisar como suas percepções e desejos também interferem, direta ou indiretamente, na efetivação da atenção psicossocial e da reforma psiquiátrica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

No processo das rodas de conversa, no processo de escuta das histórias de vida, isto pode provocar desconfortos e até desencadear "crises" em algumas das pessoas.

A pesquisadora enfatiza que os encontros serão norteados pelos princípios da atenção psicossocial que vão na direção da autonomia, do protagonismo dos sujeitos e também do acolhimento dos mesmos.

Os aspectos de subjetividade e singularidade estarão presentes e tais situações serão conduzidas no sentido de garantir o cuidado a estes sujeitos.

Imediatamente, ao identificar tais situações, a pesquisadora (formação: Assistente Social) fará o

Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514-Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN

Bairro: Goiabeiras

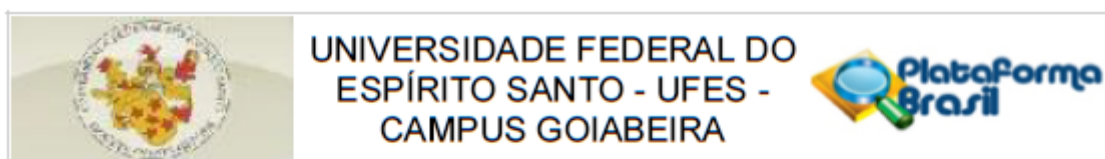
CEP: 29.090-075

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3145-9820

E-mail: oep.goiabeiras@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.690.165

atendimento inicial, considerando seu percurso profissional neste campo de atuação, e adionará o serviço onde o sujeito está inserido e onde a pesquisa se realiza (CAPS AD III), para dar seguimento ao atendimento que for necessário.

O pesquisador compromete-se em monitorar o acompanhamento do sujeito e seu projeto terapêutico singular no período da duração da pesquisa.

Benefícios:

Visa contribuir para o protagonismo, autonomia e empoderamento dos usuários de drogas, no sentido de avançar na dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica, que trabalha na mudança de cultura e atitudes da sociedade, diminuindo os preconceitos com relação aos usuários de drogas. Com isto, se amplia o acesso e o cuidado das pessoas que fazem uso problemático de drogas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta relevância para a sociedade e também para os profissionais que atuam com a temática tratada.

A pesquisadora irá utilizar recursos próprios para a realização da pesquisa e o cronograma está adequado com o prazo (período de submissão do projeto: 16/06/2016 a 16/08/2016)

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresenta todos os termos necessários para avaliação:

- Carta de anuência: assinado pela Diretoria da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde (SEMUS-PMV).

- TCLE

- Folha de Rosto

- Projeto Detalhado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

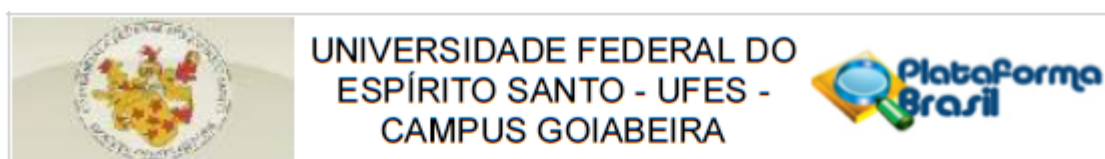
Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por esse comitê, estando autorizado a ser iniciado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514-Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN
 Bairro: Goiabeiras CEP: 29.090-075
 UF: ES Município: VITÓRIA
 Telefone: (27) 3145-9820 E-mail: cep.goiabeiras@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.690.165

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_724269.pdf	04/07/2016 22:27:12		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Niceia.docx	04/07/2016 22:25:50	NICÉIA MARIA MALHEIROS CASTELO BRANCO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	30/06/2016 19:55:06	NICÉIA MARIA MALHEIROS CASTELO BRANCO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	001.jpg	09/06/2016 15:30:05	NICÉIA MARIA MALHEIROS CASTELO BRANCO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa.pdf	09/06/2016 15:23:16	NICÉIA MARIA MALHEIROS CASTELO BRANCO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 22 de Agosto de 2016

Assinado por:
KALLINE PEREIRA AROEIRA
 (Coordenador)

Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514 - Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN
Bairro: Goiabeiras **CEP:** 29.090-075
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27) 3145-9820 **E-mail:** cep.goiabeiras@gmail.com

ANEXO B – CARTA DE APRESENTAÇÃO



PREFEITURA DE VITÓRIA
Secretaria de Saúde

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Origem	Destino	Data	Emitida por
SEMUS/ETSUS	SEMUS/ CAPS AD III	01/09/2016	SANDRA

Resumo do Assunto

ENCAMINHAMENTO DE PESQUISADOR

Sr.^a Diretora,

O projeto de pesquisa de mestrado da Universidade Federal do Espírito Santo, intitulado: "O Imaginário Sociocultural dos Usuários de Álcool e Outras Drogas e seus Modos de Subjetivação Frente à Política de Guerra" de autoria de Nicéia Maria Malheiros Castelo Branco, sob orientação da Prof.^a Adriana Leão, foi aprovado para sua realização.

Esclarecemos que o presente tem o objetivo geral de pesquisar o imaginário sociocultural dos usuários de drogas e seus modos de subjetivação atendidos no CAPS ADIII de Vitória, visando entender como o atual processo interfere, direta ou indiretamente nas suas concepções sobre o cuidado e consequentemente, na efetivação da atenção psicossocial.

A metodologia utilizada será a utilização de entrevista coletiva em usuários atendidos no centro de atenção psicossocial álcool e drogas III e realização de cinco encontros/rodas de conversa (15 sujeitos por encontro).

Ressaltamos que o pesquisador foi orientado que a liberação da pesquisa está condicionada à devolução dos resultados em forma de CD e/ou apresentação oral para a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) e que a não devolutiva dos resultados em até dois meses após o término desta referida pesquisa, implicará no indeferimento de novas solicitações do (s) pesquisador (es). Informamos que o resumo da pesquisa poderá ser disponibilizado no site da PMV

Solicitamos que a pesquisa seja viabilizada por este setor e informamos que esta autorização para realização da pesquisa tem validade por um ano.

Atenciosamente,

Regina Célia Diniz Werner

Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde